



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Ciências Médicas

Christiana Leal Salgado

**Análise de um modelo de capacitação em saúde mental na atenção primária
através da EaD**

Rio de Janeiro

2019

Christiana Leal Salgado

**Análise de um modelo de capacitação em saúde mental na atenção primária através da
EaD**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof.^a Dra. Sandra Lúcia Correia Lima Fortes

Coorientadora: Prof.^a Dra. Luciane Maria Oliveira Brito

Rio de Janeiro

2019

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB-A

S116 Salgado, Christiana Leal.

Análise de um modelo de capacitação em saúde mental na atenção primária através da EaD / Christiana Leal Salgado. – 2019.
176 f.

Orientadora: Sandra Lúcia Correia Lima Fortes.

Coorientadora: Luciane Maria Oliveira Brito.

Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Ciências Médicas. Pós-graduação em Ciências Médicas.

1. |Educação a distância - Teses. 2. Recursos eletrônicos de informação - Teses. 3. Educação continuada – Teses. 4. Saúde mental - Teses. 5. Atenção primária à saúde – Teses. I. Fortes, Sandra Lúcia Correia Lima. II. Brito, Luciane Maria Oliveira. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

CDU 658.403

Bibliotecária: Ana Rachel Fonseca de Oliveira
CRB7/6382

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Christiana Leal Salgado

**Análise de um modelo de capacitação em saúde mental na atenção primária através da
EaD**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 17 de junho de 2019.

Coorientadora: Prof.^a Dra. Luciane Maria Oliveira Brito
Universidade Federal do Maranhão

Banca Examinadora:

Profª. Dra. Sandra Lúcia Correia Lima Fortes (Orientadora)
Faculdade de Ciências Médicas - UERJ

Prof. Dr. Wille Oigman
Faculdade de Ciências Médicas – UERJ

Prof^ª. Dra. Eloísa Grossman
Faculdade de Ciências Médicas - UERJ

Dra. Karen Santo Athié
Laboratório Interdisciplinar de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde –
UERJ

Prof^ª. Dra. Ana Emília Figueiredo de Oliveira
Universidade Federal do Maranhão

Rio de Janeiro

2019

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha família, aos meus queridos pais, Natalino Salgado Filho e Bernardete Jorge Leal Salgado, que são minha inspiração de vida. Dedico ainda a todos os profissionais de saúde que, todos os dias, a partir de suas práticas assistenciais e produções científicas, contribuem para os cuidados em saúde mental na rede pública do país.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por permitir a minha existência... minha força, meu principal recurso de enfrentamento em todos os momentos desta caminhada.

Aos meus amados pais, Bernardete e Natalino, pela presença constante em minha vida, pelo amor incondicional, por serem o meu refúgio, por nunca terem medido esforços para que eu alcançasse os meus objetivos profissionais e de vida.

A minha orientadora Sandra Fortes, obrigada por ter me aceitado como orientanda, por ter acreditado em mim desde a nossa primeira reunião no LIPAPS e pela inspiração constante. Sou muito grata pela oportunidade da convivência, do imensurável aprendizado em saúde mental, pelo apoio e incentivo, pelas sábias palavras de conforto nos momentos em que precisei, pelas exigências que contribuíram para o meu aperfeiçoamento como profissional e pesquisadora, pelo carinho e mais uma vez... obrigada por ter me tonado uma pessoa melhor.

À Dra. Luciane Brito e ao Dr. Dinarte Ballester, pelos ensinamentos, disponibilidade e atenção nessa caminhada.

À profa. Ana Emília, minha chefe querida, exemplo de profissional e amiga estimada. Obrigada pelo apoio constante, pelo estímulo e por acreditar no meu trabalho.

A minha querida amiga, sócia e parceira de trabalho, Patrícia Machado, que acompanhou toda a minha trajetória, apoiando-me e contribuindo de todas as formas para a realização deste trabalho.

A todos os profissionais da UNASUS/UFMA que contribuíram para a realização da minha pesquisa, pela disponibilidade e desenvolvimento do curso de capacitação em saúde mental na atenção primária.

À equipe do LIPAPS/UERJ, pelo acolhimento... Em especial à Karen Athié, pelo incentivo e apoio.

A todos os professores do grupo Babel: foi uma honra conhecê-los e poder contar com a contribuição de vocês neste trabalho.

A todos os professores e técnicos do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da UERJ que contribuíram para a minha formação acadêmica.

À Universidade Federal do Maranhão, minha instituição de origem, espaço de formação e construção do conhecimento.

Whatever sphere we may be in, there is a profound joy in the realization that we are helping to
form the structure of the new world

Rollo May

RESUMO

SALGADO, Christiana Leal. *Avaliação de um modelo de capacitação em saúde mental na atenção primária através da EaD*. 2019. 176f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

A Organização Mundial de Saúde considera o cuidado com os transtornos mentais como um dos fatores importantes para a longevidade e qualidade de vida. Neste sentido, a formação dos profissionais que atendem a população na porta de entrada da saúde e responsáveis pelo cuidado longitudinal, que é a Atenção Primária (APS), torna-se prioridade para reduzir a lacuna de cuidados e fornecer uma assistência mais eficiente a partir da construção de uma rede de cuidados integrada em saúde mental (SM). Este estudo realizado no período de janeiro de 2014 a maio de 2019, teve como objetivo analisar um modelo de capacitação em saúde mental na atenção primária por meio da Educação à Distância– EaD. Para atingir o objetivo delimitado foi utilizada a modalidade quase experimento, por meio de dois tipos de avaliação: efetividade (adesão e participação) e aprendizagem (questionários de múltipla escolha e avaliação por pares) no curso em 170 profissionais dos Estados do Maranhão, Rio de Janeiro e Região Amazônica. Resultados: O matriciamento enquanto modelo brasileiro de cuidados colaborativos ainda é desconhecido em grande parte das regiões. A importância do cuidado em SM como parte do cuidado integral, precisa ser fortalecida e o olhar dos gestores de saúde precisa ser ampliado para a inclusão desse cuidado na APS, construindo uma rede assistencial com profissionais em condições para essa abordagem. A avaliação por pares mostrou-se significativa e efetiva na instrução da abordagem em SM na APS, evidenciando uma mudança de atitude dos profissionais diante dos problemas de SM e abordagem integral do cuidado. O EaD aliado as metodologias problematizadoras, mostrou ser uma ferramenta importante de integração e de capacitação dos profissionais, um espaço de discussão e troca de experiências. Com base nos resultados destaca-se a importância do uso do EaD no processo formativo em larga escala dos profissionais da APS para a abordagem em saúde mental, do cuidado integrado e o uso das aprendizagens ativas nesse tipo de qualificação.

Palavras-chave: Saúde mental. Atenção primária. Educação a distância. Apoio matricial. Educação continuada.

ABSTRACT

SALGADO, Christiana Leal. *Analysis of a model of mental health training in primary health care through distance learning*. 2019. 176f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

The World Health Organization considers mental disorders as one of the most important issues for the longevity and quality of life. Hence, the education of professionals who serve the population in the health services entry point and those responsible for the longitudinal care, which is the Primary Health Care (PHC), becomes a priority in order to reduce the healthcare gap and to provide a more efficient assistance, from the construction of an integrated mental health (MH) care network. This study This study was carried out from January 2014 to May 2019, aimed to evaluate a model of training in mental health for primary care using e-learning. To achieve the defined goal, we used the quasi-experiment modality using two types of evaluation: effectiveness (adherence and participation) and learning (multiple choice questionnaires and peer assessment) in the course, with 170 professionals from the states of Maranhão, Rio de Janeiro, and Amazon Region. Results: The matrix support as a model of collaborative care in Brazil is still unknown in most regions of the country. The importance of MH care as part of the integral assistance needs to be strengthened, and the health managers view must be broadened for the inclusion of this type of care in the PHC, building an assistance network with professionals qualified to conduct this approach. The peer assessment has shown to be meaningful and effective for instruction about the approach in MH within the PHC, highlighting a change in the attitude of professionals towards the MH issues and the integral approach of care. E-learning allied to the problem-based methodologies have shown to be an important instrument for professionals' integration and training, and a space for discussion and experiences exchange. Based on the results, it is noticeable the importance of e-learning implementation in the training process of professionals in the PHC for the MH approach and integral care on a large scale, and the use of active learning in this type of qualification.

Keywords: Mental health. Primary health care. Distance education. Matrix support. Continuing education.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Contribution by different non-communicable diseases to disability-adjusted life-years worldwide in 2005.....	21
Figura 2 –	Estrutura do curso mediado por tutoria.....	38
Figura 3 –	Descrição dos módulos e cronograma do curso.....	42
Figura 4 –	Representação esquemática da utilização do Arco de Mangarez no curso.....	44
Figura 5 –	Mapa de rede.....	48
Figura 6 –	Descrição das etapas da atividade de avaliação por pares.....	50
Figura 7 –	Apresentação do caso clínico da Região Amazônica.....	51
Figura 8 –	Visualização da 1ª etapa da atividade de avaliação por pares pelos alunos do Maranhão.....	52
Figura 9 –	Visualização da 2ª etapa da atividade de avaliação por pares.....	53
Figura 10 –	Cursos Autoinstrucionais.....	59
Figura 11 –	Game Quis Saúde mental na atenção primária.....	64
Figura 12 -	Plataforma ARES.....	89

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Descrição dos módulos do curso de capacitação.....	40
Quadro 2 –	Dimensões pedagógicas.....	41
Quadro 3 –	Cursos Autoinstrucionais de Extensão em Saúde Mental na Atenção Primária.....	60
Quadro 4 –	Número de acessos por módulo.....	72
Quadro 5 –	Participação no questionário online.....	73
Quadro 6 –	Distribuição de alunos por módulo.....	74
Quadro 7 -	Dados quantitativos cursos Autoinstrucionais.....	87

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Perfil sociodemográficos dos alunos do curso.....	75
Tabela 2 –	Avaliação dos recursos educacionais.....	76
Tabela 3 –	Avaliação dos tutores segundo os discentes.....	77
Tabela 4 –	Avaliação do conteúdo dos módulos 2 e 3.....	78

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRAED	Anuário Brasileiro Estatístico de Educação Aberta e à Distância
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AI	Autoinstrucionais
APS	Atenção Primária à Saúde
ARES	Acervo de Recursos Educacionais em Saúde
AVA	Ambiente Virtual de Aprendizagem
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EaD	Educação à Distância
EP	Educação Permanente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HUUFMA	Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
LIPAPS	Laboratório Interdisciplinar de Pesquisa em Atenção Primária a Saúde
MA	Maranhão
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NAT	Núcleo de Apoio a Tutores
NTIC	Novas Tecnologias da Informação e Comunicação
OMS	Organização Mundial da Saúde
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAM	Região Amazônica
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RJ	Rio de Janeiro
SMS/RJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SIGU	Sistema Integrado de Gerenciamento da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
SM	Saúde Mental
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de consentimento Livre e Esclarecido
TMC	Transtornos Mentais Comuns
TMGP	Transtornos Mentais Graves e Persistentes

TICs	Tecnologias da Informação e Comunicação
TRI	Teoria de Resposta ao Item
UBS	Unidade Básica de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFMA	Universidade Federal do Maranhão
UNASUS/UFMA	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde da Universidade Federal do Maranhão
WHO	World Health Organization
WONCA	World Organization of Family Doctors

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	15
1	REFERENCIAL TEÓRICO	17
2	A QUESTÃO DO ESTUDO – PERGUNTA NORTEADORA	32
3	OBJETIVOS	34
3.1	Objetivo geral	34
3.2	Objetivos específicos	34
4	O PERCURSO METODOLÓGICO	35
4.1	O início do percurso: o desenvolvimento da proposta do curso em Saúde mental na APS através da EaD	35
4.2	A estruturação do curso de capacitação mediado por tutoria	37
4.2.1	<u>A proposta pedagógica</u>	37
4.2.1.1	As avaliações do curso.....	48
4.3	A estruturação dos cursos autoinstrucionais de extensão em saúde mental, dos e-books e do game quiz	57
4.4	A metodologia da pesquisa da análise do curso de Saúde Mental na APS	65
4.4.1	<u>O tipo de estudo</u>	65
4.4.2	<u>Os sujeitos do estudo</u>	65
4.4.3	<u>O local do estudo e a coleta dos dados</u>	66
4.4.4	<u>Análise dos dados</u>	66
4.4.5	<u>Aspectos éticos</u>	70
5	RESULTADOS	72
5.1	Avaliação da efetividade e da aprendizagem no curso de capacitação	72
5.1.1	<u>Avaliação da efetividade</u>	72
5.1.2	<u>Avaliação da aprendizagem</u>	73
5.2	Os cursos autoinstrucionais e o game quiz em saúde mental	87
5.3	Os produtos da tese: os artigos	90
5.3.1	<u>Artigo 1 – Avaliação entre pares no ensino à distância em saúde mental na atenção primária</u>	91
6	DISCUSSÃO	107
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	116
	REFERÊNCIAS	117

APÊNDICE A – Caso clínico: Maranhão.....	126
APÊNDICE B – Caso clínico: Rio de Janeiro.....	147
APÊNDICE C – Caso clínico: Região Amazônica.....	148
APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	149
APÊNDICE E – Questionário de avaliação de práticas assistenciais.....	150
ANEXO A - Questionário de avaliação de recursos educacionais UNASUS/UFMA.....	165
ANEXO B – Aprovação Comitê de Ética HUUFMA.....	170
ANEXO C – Aprovação Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro SMS/RJ.....	172
ANEXO D - Comprovação de submissão do 1 ^o artigo científico	174

INTRODUÇÃO

A atenção primária à saúde (APS) é o nível de atenção responsável por oferecer os cuidados necessários à população diante dos problemas de saúde mais prevalentes, com prevenção e promoção de saúde. Nesse sentido é considerada a porta de entrada da rede de assistência e caracteriza-se pela coordenação e continuidade do cuidado, integralidade da atenção, participação comunitária e possui na família seu foco de atenção¹.

Nessa perspectiva compreende-se que os problemas de saúde mental (SM) são parte dos problemas de saúde e a APS facilita o acesso para o atendimento dessa demanda, realizando o cuidado no território, podendo construir novas formas de agir e produzir cuidado em saúde mental².

A necessidade de inserir questões de saúde mental na dinâmica da APS se evidencia diariamente, nas práticas de saúde, uma vez que a chegada de usuários com sofrimento psíquico nas unidades de saúde é bastante frequente, as queixas são as mais variadas e para isso é importante que a equipe esteja preparada para oferecer maior resolutividade aos problemas destes usuários.

No entanto, a integração do cuidado em SM na atenção primária (APS) é atravessada pela necessidade de qualificação dos profissionais da APs e da atenção especializada para o exercício do cuidado efetivo e integral, reduzindo as dificuldades de acesso a prevenção, diagnóstico e tratamento de qualidade, minimizando assim a lacuna existente no cuidado a SM. Alguns trabalhos, incluindo publicações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA) demonstram que experiências exitosas permitem essa integração^{2,3}.

Dentre as razões para a integração da SM na APS destaca-se a elevada carga de doença dos transtornos mentais (TM), com a prevalência entre adultos entre 10% e 60%²; A relação entre saúde física e saúde mental e a grande lacuna terapêutica dos TM; A prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) na população assistida pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) é alta, variando de 38% e 56%⁴, constituindo-se principalmente de transtornos depressivos, ansiosos, com somatizações. Associa-se ao gênero feminino, idosos e com os determinantes sociais (violência, pobreza, falta de rede de apoio entre outros), necessitando assim de formas alternativas de atendimento com abordagem dos problemas psicossociais enfrentados^{4,5,6,7}.

Diante desse contexto é insuficiente só o reconhecimento adequado das morbidades psiquiátricas por profissionais que atuam na APS, mas também a inclusão de técnicas inovadoras pautadas na abordagem integral do sujeito, por meio de ações interdisciplinares para garantir a resolubilidade dos casos⁸.

Nessa perspectiva surge o modelo brasileiro de cuidados colaborativos através do matriciamento, com novas formas de intervenções terapêuticas como ações comunitárias, grupos, consultas e visitas domiciliares conjuntas, e abordagens de apoio com técnicas de resolução de problemas. Denominado por Apoio Matricial foi formulado por Gastão Wagner Campos (1999) e tem estruturado no Brasil um tipo de cuidado colaborativo entre a SM e a APS⁹.

Para que o matriciamento seja realizado é primordial uma ampliação do entendimento de “saúde mental” pelos profissionais da APS, fortalecendo sua participação numa rede de cuidado integral e contínua. Para tanto, a educação continuada em saúde, importante componente do apoio matricial, é uma ferramenta preciosa⁹.

Nesse sentido, a Educação Permanente (EP) em Saúde e as metodologias ativas de ensino e aprendizagem são utilizadas para estimular a autonomia e a capacidade crítica dos sujeitos aprendizes, promovendo o conhecimento baseado em situações práticas reais, ampliando os subsídios para a tomada de decisão e atitude reflexiva^{10,11}.

A EP através da educação à distância (EaD), utilizando as novas tecnologias para o incremento e adesão dos profissionais da APS, torna-se um instrumento importante na mudança deste cenário¹⁰. A EaD associada à utilização de novas metodologias eficazes de aprendizado como as metodologias ativas, contribui de forma significativa, tendo como estratégia de ensino aprendizagem a problematização¹¹.

1 REFERENCIAL TEÓRICO

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) desde 1988, tem entre seus avanços o reconhecimento da atenção primária em saúde (APS) como sua base e a reestruturação desta a partir da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) como um de seus objetivos. Neste processo se destacam normatizações como a Política Nacional de Atenção Básica, Portaria 648, publicada em 2006 e a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, na Portaria 154, em 2008^{1,2}.

A APS forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde, promovendo a organização e racionalização da utilização dos recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde. Assim, a APS é o nível do sistema de saúde que oferece a entrada do usuário para a resolução de todas as necessidades e problemas, fornecendo atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade), no decorrer do tempo^{3,4,5}.

No Brasil, o Programa de Saúde da Família (PSF) é a principal estratégia de implementação e organização da APS. Criado em 1994, incorpora os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e desponta como um novo paradigma na atenção à saúde, com diretrizes que criam uma nova forma de produzir as ações e serviços de saúde, na perspectiva de mudança e conversão do modelo assistencial mecanicista e biomédico^{6,7,8,9,10}.

Desta forma, a ESF tem como propósito contribuir na organização do SUS e na municipalização da integralidade e participação da comunidade. O seu surgimento foi a partir da necessidade de uma nova abordagem de atendimento, uma vez que, a estrutura clássica das Unidades Básicas de Saúde (UBS) não estava atendendo a necessidade da população integralmente¹¹.

A ESF tem como prioridade realizar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e das famílias. O seu objetivo é a reorganização das práticas assistenciais, substituindo o modelo tradicional de assistência, orientado para ações curativas em hospitais, para um modelo com atenção voltada às famílias, que devem ser percebidas em seu contexto, possibilitando aos profissionais uma compreensão abrangente do processo saúde-doença e intervenções que possam ir além das práticas curativas¹². Além disso, a ESF, como estratégia, está baseada nas quatro dimensões exclusivas da APS, dimensionadas por Starfield – atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. A atenção ao primeiro contato está relacionada ao uso da APS como a porta de entrada para as

questões de saúde e à sua capacidade para lidar com problemas amplos, heterogêneos e fortemente influenciados pelo contexto social. A longitudinalidade necessita da existência de um aporte regular de cuidados à saúde, assim como seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua e humanizada entre a equipe de saúde, indivíduos e famílias. A integralidade exige a prestação de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, aliada à responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças. E por fim, a coordenação implica a capacidade de garantir a continuidade da atenção, de um modo integrado e organizado, o que por sua vez exige o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante³.

A ESF apesar de ser o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, sendo a "porta de entrada" do sistema, não deve ser entendida apenas como um local de triagem e encaminhamentos, mas um local de resoluções, com profissionais capazes de cuidar dos problemas de saúde mais comuns e de manejar novos saberes, que por meio de processos educativos, promovam a saúde e previnam doenças em geral¹³.

A composição das equipes da ESF devem ter no mínimo um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e entre quatro e seis agentes comunitários de saúde (ACS). No entanto, outros profissionais podem ser incorporados de acordo com as demandas e características da organização local dos serviços de saúde. Estes outros profissionais podem ser psicólogos, dentistas, fisioterapeutas, dentre outros¹¹.

Nesse sentido, com o intuito de apoiar a ESF na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como a ampliação das ações da APS no Brasil, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)².

Um NASF deve ser constituído por uma equipe com profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuando em conjunto com os profissionais da ESF, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios. A sua composição deve ser definida pelos gestores municipais e pelas equipes da ESF, priorizando as necessidades de cuidado identificadas na população adscrita¹³.

O NASF é uma estratégia inovadora que objetiva apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família. Seus requisitos são, além do conhecimento técnico, a responsabilidade por determinado número de equipes da ESF e o desenvolvimento de habilidades relacionadas ao paradigma da Saúde da Família. Deve ter comprometimento, também, em promover mudanças na atitude e na atuação dos profissionais

da ESF e entre sua própria equipe (NASF), incluindo na atuação ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação¹³.

O apoio referido acima como proposta do NASF, está relacionado ao entendimento de uma tecnologia de gestão denominada “apoio matricial”, que atua complementando o processo de trabalho das equipes de referência, das equipes da ESF. O apoio matricial é formado por um conjunto de profissionais que não têm, necessariamente, relação direta e cotidiana com o usuário, mas cujas atividades são de oferecimento de suporte, apoio às equipes de referência (equipes de ESF). Assim, se a equipe de referência é composta por um conjunto de profissionais considerados essenciais na condução de problemas de saúde dos clientes, eles deverão acionar uma rede assistencial necessária a cada caso. E nessa “rede” estarão equipes ou serviços voltados para o apoio matricial (no caso, os NASF), de forma a contribuir com uma retaguarda especializada e atuando conjuntamente com as equipes de referência (no caso, as equipes de Saúde da Família)¹³.

O apoio matricial apresenta dimensões de suporte: assistencial e técnico-pedagógico. A dimensão assistencial vai produzir ação clínica direta com os usuários, e a ação técnico-pedagógica, sinérgica a educação permanente, vai produzir ação de apoio educativo com e para a equipe. Essas duas dimensões podem e devem interagir nos diversos momentos¹³.

As concepções de equipe de referência e apoio matricial, foram desenvolvidos por Campos e adotadas inicialmente em serviços de saúde mental, de atenção primária e hospitalar. Nesse sentido, Campos e Cunha (2011, p. 3), afirmam que¹⁴:

O Apoio Matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde, de maneira personalizada e interativa. Opera com o conceito de núcleo e de campo. Assim: um especialista com determinado núcleo, apoia especialista com outro núcleo de formação, objetivando a ampliação da eficácia de sua atuação. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contrarreferência, protocolos e centros de regulação.

A tecnologia do apoio matricial, começou a ser utilizada no campo da saúde mental e pôde ser aplicada a diversos contextos e nos mais variados serviços de saúde. No campo da saúde mental, através do matriciamento, o modelo brasileiro de cuidados colaborativos em saúde mental, vem contribuindo para a integração da saúde mental nos cuidados primários. Os problemas de saúde mental são responsáveis por 13% da carga global da doença, mas a lacuna entre a necessidade e a prestação de cuidados é alta. Cerca de 80% das pessoas com transtornos mentais graves em países de baixa e média renda e 40% nos países de alta renda não recebem tratamento. As vantagens de uma abordagem integrada, onde o primeiro contato

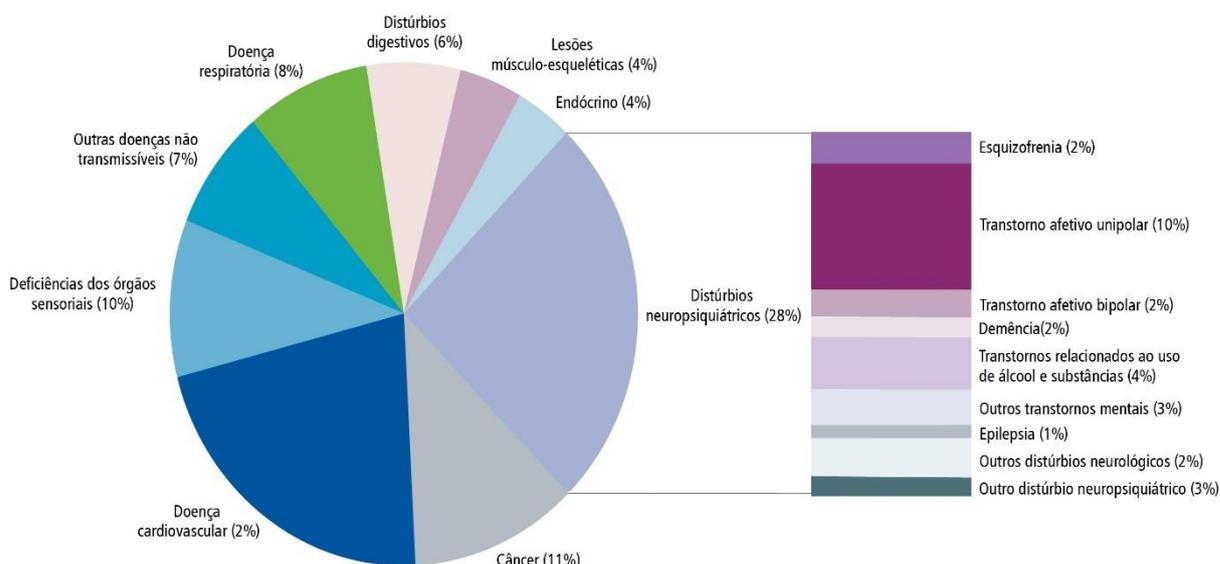
dos pacientes com problemas de saúde mental é pela atenção primária incluem redução do estigma para pacientes com doenças mentais e suas famílias, melhora do acesso aos cuidados, melhor prevenção e detecção precoce dos transtornos mentais, um tratamento e acompanhamento mais qualificado, custos mais baixos para o paciente, já que esse cuidado é ofertado próximo da sua moradia. Acrescenta-se também uma melhor integração social, proteção dos direitos humanos e melhoria do sistema de saúde para lidar com os problemas de saúde mental da população¹⁵.

Nesse sentido, a importância das ações de saúde mental na Atenção Primária em Saúde se baseia nos seguintes pilares:

A) Alta prevalência e gravidade do impacto dos transtornos mentais na vida de seus portadores.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera os cuidados aos transtornos mentais como um dos fatores importantes para a longevidade e qualidade de vida, e que as seguintes prevalências mundiais de algumas doenças desse tipo devem urgentemente serem consideradas pelos sistemas de oferta de cuidado em saúde, tais como Depressão Unipolar 11,8%, Distúrbios por uso de álcool 3,3% e Esquizofrenia 2,8%. Além destes dados alarmantes, a OMS ainda aponta que os transtornos mentais são responsáveis por um a dois milhões de mortes todos os anos e de 1% a 4% da perda da qualidade de vida. Estima-se que 40.000 mortes são atribuídas aos transtornos mentais e que 182.000 são atribuídas ao uso de drogas e álcool¹⁶.

Figura 1 - Contribuição de diferentes doenças não transmissíveis para anos de vida ajustados em função da incapacidade, no mundo todo, em 2005.



Fonte: Lancet, 2007.

Os transtornos mentais são responsáveis por 28% das doenças não comunicáveis (e entre elas estão apresentadas na Figura 1 as prevalências para tipos específicos de adoecimento)¹⁷.

Diversos estudos também demonstram que é grande a presença de transtornos mentais, sobretudo quadros ansiosos e depressivos, geralmente com queixas somáticas entre os pacientes que procuram as unidades de atenção primária.^{18,19,20,21} No Brasil, as investigações sobre os transtornos mentais em pacientes que frequentam as unidades básicas de saúde, inclusive aquelas vinculadas à Estratégia Saúde da Família têm apresentado prevalências de Transtornos Mentais Comuns (TMC) acima de 50%, onde cerca de 25% apresentam quadros depressivos e 37% ansiosos, sendo a maior parte constituída de quadros mistos.^{18,19} A conclusão destes estudos confirma a alta prevalência de TMC, que se apresenta principalmente a partir de transtornos ansiosos, depressivos, somatoformes e dissociativos, nos pacientes atendidos pela equipe de Saúde da Família²⁰.

Os Transtornos Mentais Comuns se referem a transtornos mentais menos rigorosos, sendo, às vezes, difusos e inespecíficos em comparação com outros quadros mais definidos pelos sistemas classificatórios e diagnósticos vigentes. Estão presentes em diversas faixas etárias, com destaque para a fase adulta, fase em que as responsabilidades tem início, gerando sofrimento para os indivíduos, suas famílias e a comunidade. Outros fatores também podem deixar os indivíduos suscetíveis aos TMCs como eventos de vida estressantes, problemas interpessoais, problemas de saúde, internações hospitalares, acesso desigual aos serviços de

saúde, desemprego, condições inadequadas de moradia, abuso de álcool e tabaco, sedentarismo, violência dentre outros^{22,23,24,25,26}.

A associação dos TMCs com os determinantes sociais é observada na prática dos profissionais da APS que ao lidarem com situações importantes de vulnerabilidade, sentem-se muitas vezes impotentes diante dos quadros de sofrimento mental e os classificam como problemas sociais. Essa associação deve ser considerada e não pode ser abordada de forma isolada pelos profissionais, que devem ampliar seu olhar sobre o sofrimento psíquico da população e investigar causas psicossociais envolvidas^{27,28}.

A lacuna no rastreamento e na identificação dos TMCs compromete a saúde das populações e representa elevado ônus para a saúde pública, tendo em vista que se espera que a APS rompa com o modelo médico hegemônico, englobe práticas de saúde mental, envolva a família em sua dimensão sociocultural como objeto de atenção, planeje, construa e execute tecnologias para melhoria da qualidade de vida das pessoas nas dimensões bio-psico-socio-espirituais^{27,28}.

Para isso, é importante que as equipes na abordagem ao sofrimento psíquico, realizem acolhimento, tenham uma escuta qualificada, avaliem o nível de sofrimento e o grau de comprometimento funcional, manejem a condição clínica apresentada pelo paciente por meio de projetos terapêuticos singulares. Nessa abordagem de cuidado, também devem ser incluídas formas de atendimento alternativas como as não medicamentosas, bem como o treinamento das equipes para realização desse tipo de cuidado^{29,20}.

As intervenções psicossociais para o cuidado dos TMCs podem ser realizadas pela própria equipe da APS e com apoio de um profissional especialista em saúde mental do NASF. Essas intervenções incluem desde as abordagens iniciais de baixa complexidade até intervenções avançadas, devendo sempre ser planejadas e estruturadas²⁹.

São exemplos de abordagens de baixa complexidade, que podem ser realizadas diretamente pela equipe da APS, as atividades de psicoeducação, o fortalecimento da rede social e atividades físicas. A psicoeducação deve preferencialmente ser trabalhada em grupos e abordar temas importantes para os pacientes. O fortalecimento da rede social auxilia no enfrentamento de situações estressantes e o estímulo a prática de atividades físicas pode contribuir para o alívio de sintomas ansiosos e depressivos²⁹.

No que tange as intervenções psicossociais avançadas, elas envolvem abordagens psicológicas que, quando usadas na APS por profissionais treinados, costumam ser mais breves do que quando oferecidas nos serviços especializados. Dentre as intervenções

avançadas, estão Terapia Interpessoal, Terapia Cognitivo-comportamental, Terapia de Solução de Problemas, Terapia de Reatribuição, além das intervenções de grupo²⁹.

B) Na escassez da oferta de cuidado em saúde mental para situações clínicas como: esquizofrenia, uso nocivo e dependência de álcool associados com transtornos clínicos como tuberculose e quadros neurológicos; uso abusivo de benzodiazepínicos, depressão, entre outros.

A partir do princípio da integralidade e da compreensão de que a saúde mental está inserida na saúde geral, a rede primária apresenta-se como porta de entrada preferencial para os problemas de saúde mental e transtornos mentais. Em tese, deve dar acesso às necessidades de cuidado no território com efetividade e com reconhecimento das necessidades da população³.

A acessibilidade ao cuidado é entendida na relação oferta de serviço e resposta às demandas, referindo-se às características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso. A Integralidade envolve o estabelecimento de relações de cuidados que acolham as pessoas em todas as suas dimensões, mas também deve ser avaliada através da variedade de serviços disponíveis tanto em seu caráter interdisciplinar como na estruturação de uma rede de cuidados que atenda os diferentes quadros apresentados pelos usuários³⁰.

A escassez de ofertas de cuidados é um fenômeno mundial, bem apontado por estudos da OMS, por pesquisadores e por organizações que lutam para superar a lacuna de cuidados em saúde mental.^{31,32,33,17} Essa escassez da oferta de serviços no território nacional foi verificada pelo estudo intitulado "Priority Mental Health Research", publicado em 2012 na Revista Brasileira de Psiquiatria, constando na agenda de prioridades de pesquisa para a saúde mental do Brasil para os próximos 10 anos³⁴.

Os resultados desse estudo apontam que para o Brasil reduzir significativamente a carga dos transtornos mentais, precisam ser planejadas intervenções nos cuidados primários e avaliações nas políticas existentes de serviços de saúde mental e no custo-efetividades dos antipsicóticos. É acrescido ainda, intervenções para redução do consumo de álcool, identificação de barreiras para o tratamento, bem como o uso de novas tecnologias para capacitação e supervisão de profissionais não-especialistas³⁴.

As principais ações recomendadas na atenção primária, com foco para a ESF são: a avaliação da efetividade das intervenções, o estudo do apoio matricial e dos diferentes modelos de atendimento escalonados, bem como o desenvolvimento de intervenções que

identifiquem e tratem os transtornos mentais comuns. A prioridade na APS é a utilização de recursos humanos especializados ao invés de tecnologias com alto custo³⁴.

C) Os profissionais da atenção primária necessitam de apoio e de conhecimentos para desenvolver as ações de cuidados em saúde mental nesse nível de atenção.

A partir desta constatação, surge a pergunta: ***Quais os desafios que a Atenção Primária hoje no Brasil tem enfrentado para oferecer isso à população?***

Observa-se a incapacidade da atenção primária para tratar e cuidar da demanda de saúde mental. No entanto, a APS apresenta potencial para realizar ações de saúde mental para detecção de queixas relativas ao sofrimento psíquico, provendo uma escuta qualificada, bem como conhecendo e sabendo lidar com os problemas de saúde mental, oferecendo tratamento na própria atenção primária ou compartilhando o cuidado com os serviços especializados.

No que se refere à detecção destes problemas, alguns estudos evidenciaram que entre 30% a 60% das morbidades psiquiátricas, não são reconhecidas pelos profissionais na atenção primária, sendo que no Brasil a taxa de detecção por clínicos gerais de Unidades Básicas de Saúde variou de 21% a 78%. Esta evidência mostra a necessidade de capacitação na área de saúde mental na Atenção Primária^{35,20}.

Nesse sentido, é primordial a transformação dessa assistência e que esta seja realizada por meio de técnicas inovadoras, a partir de uma abordagem integral, em um trabalho de caráter interdisciplinar por meio de interconsultas, consultas e visitas domiciliares conjuntas, reuniões interdisciplinares de discussão de casos. Estas abordagens permitem a avaliação dos pacientes e de suas famílias, assim como o desenvolvimento de estratégias terapêuticas específicas para serem utilizadas com as equipes da ESF garantindo a resolubilidade desses casos nesse nível de assistência³⁶.

Como exemplo, podemos citar distintas formas de acolhimento, intervenções comunitárias e de grupos, abordagens de apoio tais como intervenções breves com uso de entrevista motivacional e técnicas de resolução de problemas. Porém este trabalho conjunto ainda não está estabelecido no Brasil³⁷.

Esse processo de trabalho conjunto tem sido desenvolvido no mundo todo, com diferentes modelos geralmente denominados como cuidados colaborativos ou cuidados compartilhados. A prática destes cuidados colaborativos, no modelo que vem sendo desenvolvido no Brasil, é definido como apoio matricial, ocorrendo através de novos processos de trabalho referidos como matriciamento. Essa tecnologia de gestão do trabalho, já abordada anteriormente neste trabalho, representa uma intervenção bastante inovadora e com

uma importante carência de recursos humanos, devidamente capacitados para dar conta das estratégias implementadas³⁷.

O Matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. Este novo modelo tem sido o norteador das experiências implementadas em diversos municípios, ao longo dos últimos anos no Brasil, no processo de integração da saúde mental na APS³⁷.

O apoio matricial, conceito formulado por Gastão Wagner Campos em 1999, tem estruturado em nosso país um tipo de cuidado colaborativo entre a saúde mental e a atenção primária (CAMPOS, 1999). Tradicionalmente, os sistemas de saúde se organizam de uma forma vertical (hierárquica), com uma diferença de autoridade entre quem encaminha um caso e quem o recebe, havendo uma transferência de responsabilidade ao encaminhar³⁸.

Nesse tipo de organização, a comunicação entre os dois ou mais níveis hierárquicos ocorre, muitas vezes, de forma precária e irregular, geralmente por meio de informes escritos, como pedidos de parecer e formulários de contra referência que não oferecem uma boa resolubilidade. A nova proposta integradora visa transformar a lógica tradicional dos sistemas de saúde: encaminhamentos, referências e contrarreferências, protocolos e centros de regulação^{37,38}.

Desta forma, os efeitos burocráticos e pouco dinâmicos dessa lógica tradicional podem vir a ser atenuados por ações horizontais que integrem os componentes e seus saberes nos diferentes níveis assistenciais. O apoio matricial é distinto do atendimento realizado por um especialista dentro de uma unidade de atenção primária tradicional^{37,38}. Ele pode ser entendido com base no que aponta Campos (1999): “[...] um suporte técnico especializado que é ofertado a uma equipe interdisciplinar em saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações [...]”.

O matriciamento constitui-se então numa ferramenta de transformação, não só do processo de saúde e doença, mas de toda a realidade dessas equipes e comunidades. A relação entre os profissionais de saúde mental e da atenção primária deve ser pautada pelo cuidado compartilhado junto ao portador de transtorno mental³⁷.

Neste sentido, a inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica é uma condição necessária, porém insuficiente se não for acompanhada da efetiva implantação de uma rede de cuidado contínuo e integral, ao lado de um processo de educação permanente para os profissionais envolvidos com a assistência. E uma primeira barreira a ser enfrentada no processo de matriciamento em saúde mental é a ampliação do conceito de saúde mental

pelos profissionais da ESF, sendo a “educação em saúde mental” fundamental na rotina dos espaços matriciais³⁷.

A educação em saúde mental deve ocorrer de forma longitudinal no processo de matriciamento com base nas questões e problemáticas cotidianas e utilizando métodos variados. A reunião de equipe da ESF é um espaço precioso para a discussão de temas relacionados à promoção de saúde e à desconstrução dos preconceitos relacionados ao adoecimento psíquico, por meio, por exemplo, de leitura de textos, discussão de casos e planejamento conjunto de atividades de grupos variados³⁷.

Nessa perspectiva, um grupo de profissionais de saúde brasileiros, preocupados com o acesso e entendendo que a expansão da atenção primária é uma oportunidade de oferta de cuidado para os problemas de saúde mental se dedicou a realizar atividades de educação e pesquisa em saúde mental na atenção primária. A partir dessas ações, os pesquisadores realizaram estudos citados neste trabalho, capacitações realizadas em quatro diferentes estados brasileiros e publicaram o Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental.

No entanto, verifica-se a escassez de estudos que relatem a presença de iniciativas como essa na área específica da saúde mental, e a mesma ainda vem sendo relegada a segundo plano no que tange à educação permanente e continuada, a despeito da enorme demanda, falta de cuidados adequados e de capacitação dos profissionais da atenção primária.

A educação permanente é uma das estratégias que favorecem a ampliação do cuidado em saúde mental no que tange aos serviços de saúde e a um olhar compreensivo acerca da saúde mental e das diversas possibilidades de intervenções psicossociais. Esta possibilita uma reflexão cotidiana, uma análise coletiva dos processos de trabalho e co-responsabilização dos cuidados na perspectiva da integralidade da assistência³⁹.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde e a OMS vêm direcionando políticas e orientações para a descentralização do cuidado e priorizando o cuidado em saúde mental em rede, assim como as qualificações na APS^{40,41}. Nesse segmento, estudos apontam também a necessidade de mais investimentos em espaços de formação em saúde mental na APS, para o atendimento das demandas sociais, considerando a integralidade dos sujeitos e os modos de aprendizagem contextualizados e problematizadores^{42,43}.

No entanto, essas formações precisam basear-se na reflexão do processo de trabalho a partir do modelo de atenção psicossocial, devendo ser uma construção coletiva e não impositiva. Outro ponto importante é que muitas capacitações em saúde mental tem o foco no modelo biomédico/psiquiátrico, além de ocorrer de modo descontextualizado, não

privilegiando a incorporação de novos conceitos e sendo pouco eficazes na mudança atitudes dos profissionais⁴⁴.

Diante do cenário da insuficiente formação dos profissionais para assistência ao usuário e sua família na atenção primária, a aquisição de conhecimentos e competências baseadas na integralidade das ações por meio de estratégias de capacitação que consigam abranger essa grande demanda devem ser consideradas. É na APS que a grande maioria dos atendimentos acontece e é nela também que existe a menor quantidade de profissionais qualificados para prestarem abordagem ao cuidado em saúde mental⁴⁵.

Deste modo, atividades de capacitação em saúde mental na atenção primária têm sido compreendidas cada vez mais, como necessárias para a preparação dos recursos humanos em saúde responsáveis pelo acolhimento desses casos. Estas contribuem para o avanço nas barreiras de acesso ao cuidado como apontam estudos realizados sobre o impacto da falta de tratamento em saúde mental no mundo¹⁷.

D) A demanda de capacitação em larga escala, dentro de um modelo que contemple a integralidade, fortaleça o cuidado interdisciplinar, o matriciamento e ajude a organizar a rede de cuidado no próprio território dos usuários.

Com base nessa realidade, nos problemas verificados nas mais longínquas e carentes regiões do país, nas publicações realizadas pelo Movement Global Mental Health e pela Organização Mundial de Saúde sobre a escassez de recursos e a dificuldade de acesso aos cuidados em saúde, especialmente em saúde mental, as capacitações através da educação à distância, utilizando as novas tecnologias para o incremento e adesão dos profissionais da atenção primária, são fundamentais^{17,46}.

A educação continuada tem sido altamente recomendada por entidades internacionais para melhorar o desempenho e o trabalho de rotina dos profissionais de saúde, assim como de acordo com a Política de Atenção Básica, os profissionais das equipes da Atenção Básica de Saúde têm direito à formação e à educação permanente e essa medida deve ser responsabilidade de todas as esferas do governo^{47,48}.

Nesse contexto o *E-Learning*, ou a aprendizagem pela Internet, revela-se uma ferramenta útil para esse tipo de formação, na medida em que a educação a distância (EaD) traz em sua concepção uma modalidade de aprendizagem que reduz ou flexibiliza a noção de tempo-espço, favorece o aumento de número de participantes na ação educacional sem perda de qualidade, disponibiliza os conteúdos atualizados de forma acessível, promove interação

entre os participantes e docentes de forma síncrona ou assíncrona, e oferece um custo global bem mais baixo⁴⁹.

Almeida (2007) considera que a aproximação entre a educação e as novas tecnologias da informação e da comunicação (NTIC) que dão suporte a EaD oferece um momento revolucionário marcado por esperanças e incertezas. Apesar de ser uma proposta de ampliação e democratização da educação, esta modalidade de educação ainda passa por um período de “aculturação”, com diversas barreiras. Ensinar e estudar a distância não são tarefas fáceis e ambos – professor e aluno – precisam passar por uma mudança cultural⁵⁰.

Por outro lado, percebe-se que, com a propagação das tecnologias utilizadas na educação, cada vez mais se fazem importantes na vida acadêmica enquanto facilitadoras do processo de ensino. O acesso à educação em qualquer horário e lugar tem se tornado um meio muito usado para a aprendizagem, pois as pessoas buscam formas flexíveis para garantir seus estudos conforme suas peculiaridades⁴⁹.

Acrescenta-se ainda o uso de recursos pedagógicos como a integração de atividades online e off-line, ofertando ao aluno uma amplitude no processo de aprendizagem. Nesse sentido, o entendimento do conceito de “*blended learning*” traz contribuições importantes para o planejamento de Cursos na EaD. O “*Blended Learning*” é entendido como uma abordagem pedagógica que integra as oportunidades de eficácia e de socialização da sala de aula com as possibilidades de aprendizagem por meio de tecnologias no ambiente online⁵¹.

A aprendizagem por meio da EaD, com a utilização das Tecnologias de Informação e Comunicação – TICS, exige a necessidade de novas competências nas práticas pedagógicas para inovar no processo de ensino-aprendizagem, e as metodologias ativas de ensino vêm sendo utilizadas para tal propósito⁵².

A metodologia ativa se configura como uma ação educacional na qual o estudante participa ativamente do processo de aprendizagem e também mantém a possibilidade do uso das tecnologias. Tal método prevê que o professor não apenas transmita conteúdos, mas que os disponibilize para que os estudantes possam visualizá-los mesmo a distância e que construam seu próprio conhecimento, visando a sua autonomia. O fazer pedagógico é colaborativo, de construção de saberes conjuntamente⁵².

O Uso de metodologias ativas busca o protagonismo do aluno, estimulando uma crítica reflexiva³⁶ e utilizando estratégias de aprendizagem mais participativas⁵². Como exemplos de aprendizagem ativa, a problematização e a instrução por pares tem sido muito utilizadas na promoção de discussões entre estudantes, mediante a utilização de questões conceituais⁵³.

A aprendizagem baseada em problematização é uma prática educativa conscientizadora, sendo desenvolvida diretamente na e com a realidade, promovendo aprendizagens diante de problemas reais, estimulando o estudante e desenvolvendo a sua autonomia, a compreensão individual e coletiva no processo de aprendizagem. Esse tipo de metodologia permite que o aluno se posicione, examine e reflita criticamente sobre determinado assunto⁵⁴.

O uso da problematização em cursos EaD tem contribuído para novas possibilidades educacionais com o potencial de levar os alunos da aprendizagem para a autonomia. A escolha em trabalhar com soluções para problemas trazidos da realidade, do cotidiano das práticas e metodologias ativas, repercute em grandes transformações quando comparadas a outras metodologias. É de extrema importância que se aborde uma metodologia para uma prática de educação libertadora que permita que o profissional de saúde seja crítico, reflexivo, e apto a aprender a aprender^{54,55}.

A metodologia da Problematização é considerada compatível e adequada para o desenvolvimento de atividades de ensino-aprendizagem nos cenários de educação, pesquisa e saúde. Além disso, atribui conhecimento através da tomada de decisão para intervir nos problemas da realidade, os quais exigem do profissional comprometimento e responsabilidade^{56,57}. A base da metodologia da problematização é o Arco de Mangarez que foi elaborado na década de 70 do século XX, e tornado público por Bordenave e Pereira (1989) a partir de 1977, mas foi pouco utilizado na época pela área da educação. Sua utilização passou a ser considerada nas últimas décadas do século XX, com o fortalecimento da necessidade de uma perspectiva de ensino voltada a construção do conhecimento pelo aluno. A importância e o valor dessa metodologia está em suas características e etapas, mobilizadoras de diferentes habilidades intelectuais dos sujeitos, demandando, no entanto, disposição e esforços pelos que a desenvolvem no sentido de seguir sistematizadamente a sua orientação básica, para alcançar os resultados educativos pretendidos. A Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez tem como ponto inicial a realidade que, observada sob diversos ângulos, permite ao estudante extrair e identificar os problemas ali existentes. É o início de um processo de apropriação de informações pelos estudantes que são levados a observar a realidade em si, com seus próprios olhos, e a identificar-lhes as características, a fim de, mediante os estudos, poderem contribuir para a transformação da realidade observada. Os alunos, apoiados pelo professor, selecionam uma das situações e a problematizam^{58,59,60,61,62,63}.

Após a definição do problema que deverá ser estudado, inicia-se uma reflexão acerca dos possíveis fatores e determinantes maiores relacionados ao problema, possibilitando uma maior compreensão da complexidade do mesmo. Essa reflexão possibilita a identificação dos principais pontos que deverão ser estudados e uma nova reflexão⁵⁴.

A terceira etapa, a da Teorização, é o momento de construir respostas mais elaboradas para o problema. Os dados encontrados e registrados, são analisados e discutidos, buscando-se um sentido para eles, tendo sempre em vista o problema. Nesse momento, todo o estudo, deve servir de base para a transformação da realidade⁵⁴.

A quarta etapa, a das Hipóteses de Solução, é o momento em que a criatividade e a originalidade devem ser bastante estimuladas para se pensar nas alternativas de solução. E por fim, a aplicação a realidade, a quinta etapa. Nessa etapa o aluno tem a possibilidade de intervir e de manejar situações associadas à solução do problema. A aplicação permite fixar as soluções geradas e contempla o comprometimento do aluno para voltar para a mesma realidade, transformando-a de alguma forma⁵⁴.

A Metodologia da Problematização torna-se mais que um método, pelo exercício intelectual e social permitido ao aluno, assim como possibilita que o mesmo enxergue e transforme a realidade com maior criticidade⁵⁴.

O outro exemplo de aprendizagem ativa, a metodologia “Peer Instruction” traduzido como a instrução por pares, é uma proposta de Eric Mazur, professor de física da Universidade de Harvard, que busca aprimorar o entendimento do aluno em conceitos, na discussão entre seus pares. É baseada no trabalho em grupo, promovendo a interação social, na concepção social da aprendizagem, facilitando as interações entre os estudantes e criando uma atmosfera que privilegia o discurso⁶⁴. Essa metodologia consiste em fazer com que os alunos aprendam enquanto debatem entre si, provocados por perguntas conceituais, direcionadas para indicar as dificuldades dos alunos e promover ao estudante uma oportunidade de pensar sobre conceitos desafiadores⁶⁵.

Para Mazur, o entendimento conceitual é o ponto de partida para a obtenção do conhecimento de determinada área. Desta forma, com o domínio conceitual dos alunos em determinada área, “é necessário o desenvolvimento e a aplicação desse domínio em determinadas áreas, preparando-o para sua atuação profissional”^{66,64}.

A proposta de utilização da instrução por pares viabiliza que os alunos, por meio da interação pratiquem a habilidade de comunicação entre si. Essa interação social é abordada como importante pelos pais do construtivismo, Jean Piaget e Vygotsky. As relações interpessoais são entendidas como uma ferramenta que produz melhorias nos resultados

acadêmicos, contemplando o processo de adaptação, a vivência e um melhor desenvolvimento do processo de aprendizagem em sala de aula. Nesse sentido, quando os alunos discutem o porquê chegaram às suas respostas, eles estão aprendendo através das relações interpessoais⁶⁷.

A utilização das metodologias ativas como a problematização e a instrução por pares aliadas a educação a distância podem contribuir significativamente para o ensino dos cuidados em saúde mental na APS. A simulação por meio de casos clínicos que expressem realidades vivenciadas e as problemáticas comuns que são enfrentadas na APS auxiliam no manejo de casos reais vivenciados na prática, assim como a instrução por pares promove a interação e o debate entre os pares, culminando na construção do conhecimento e reflexão crítica. A combinação dessas metodologias com as vantagens do EaD já mencionadas, favorece o trabalho colaborativo durante a aprendizagem e a interação entre profissionais de diferentes categorias e lugares⁶⁷.

Com base nas afirmações acima, o presente trabalho propõe como objetivo principal analisar um modelo de capacitação em saúde mental na atenção primária por meio do EaD, em três diferentes regiões brasileiras.

2 A QUESTÃO DO ESTUDO – PERGUNTA NORTEADORA

Na realização deste estudo, várias foram as fontes motivadoras e explicitá-las pode gerar uma aproximação com a sua importância e da temática para a pesquisadora.

As experiências da autora com a área da saúde mental iniciaram em 2004 na residência em Psicologia Hospitalar (Hospital do Servidor Público Municipal – SP), bem como na especialização e trabalho com dependentes químicos (Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas – UNIAD/UNIFESP). Com o retorno a São Luís, sua cidade natal, trabalhando nestas áreas e convivendo com profissionais no âmbito hospitalar, uma das queixas constantes dos profissionais era a falta de capacitação e de acesso a formação. Os motivos para essa deficiência eram diversos, dentre eles, a falta de recursos financeiros e a distância dos grandes centros formadores. O desejo de contribuir materializou-se em 2006 com a docência e preceptoria na Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário - HUUFMA da Universidade Federal do Maranhão – UFMA e a criação do departamento de educação continuada no Serviço de Psicologia do referido Hospital.

No entanto, o grande desafio de trabalhar com formação em saúde iniciou-se com o primeiro contato com a Educação à Distância - EaD a partir do grato convite da Profa. Ana Emília Figueiredo de Oliveira, Coordenadora Geral da Universidade Aberta do SUS-UNASUS, para a tutoria de um curso EAD em saúde Materno-Infantil, área de mestrado desta autora. Mas o trabalho de tutoria transformou-se rapidamente, após conversas entusiasmadas com a profa Ana Emília em 2010, no Projeto de Qualificação em Saúde Mental para o Estado do Maranhão por meio da EaD, sendo o primeiro curso da Rede UNASUS na área e a primeira experiência desta pesquisadora com EaD.

A experiência com ensino à distância aliada a uma área de predileção tornou-se fonte de motivação e realização que perdura até hoje. Neste interim, trabalhos como especialização em saúde mental, capacitações em saúde mental e dependência química e em nefrologia multidisciplinar foram realizados. E com o intuito de aprofundamento nestas áreas de atuação, o desejo de realizar o doutorado foi possível por meio do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – PGCM/UERJ em parceria com a UNASUS/UFMA e com o HUUFMA, tendo como protagonistas desta parceria, a Profa. Ana Emília e o Prof. Natalino Salgado Filho, na época Reitor da UFMA.

A reunião ocorreu e não poderia ter sido mais recompensadora. Foi uma identificação nata e um encontro guardado com muito carinho nas memórias desta autora. No entanto essa

nova vivência mostrou-se desafiadora e causadora de apreensão. O fator que causava apreensão e era desafiador ao mesmo tempo era o território da atenção primária, desconhecido pela pesquisadora.

A orientação foi aceita, a pesquisadora ganhou sua segunda fonte de inspiração e futura aquisição de conhecimentos, o Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental, no qual a orientadora era umas das autoras. A leitura do Guia iniciou no vó para casa e a partir daí as leituras sobre SM na APS tiveram continuidade.

O contato com o conceito de matriciamento incitou os estudos subsequentes, bem como o acompanhamento da orientadora em cursos nos diversos estados brasileiros.

A pergunta do estudo já tinha sido formulada e as vivências nos cursos e o contato com os profissionais confirmavam o desejo de pesquisar se podíamos ensinar Saúde Mental na APS à distância. O resultado desse estudo auxiliaria na redução da lacuna terapêutica existente, por meio da qualificação dos profissionais para atendimento dessa demanda de cuidado na APS. E desta forma, estaríamos fazendo a nossa parte para promover e integrar o cuidado em saúde mental como parte dos cuidados em saúde no nosso país.

Nesse sentido, as perguntas que nortearão esse estudo são: Qual é o efeito do ensino em saúde mental na APS por meio da educação à distância? O matriciamento pode ser ensinado por meio da EaD?

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- a) Analisar um modelo de capacitação em saúde mental na atenção primária por meio da EaD.

3.2 Objetivos específicos

- a) Elaborar e desenvolver um curso de capacitação em saúde mental na atenção primária na modalidade a distância mediado por tutoria;
- b) Implementar um curso de capacitação em saúde mental na atenção primária mediado por tutoria;
- c) Analisar o processo de aprendizagem em saúde mental na atenção primária por Ea D e seu efeito nas propostas assistenciais apresentadas pelos profissionais da atenção primária e da saúde mental;
- d) Analisar e discutir a utilização de metodologias ativas no ensino em saúde mental na atenção primária;
- e) Desenvolver e implementar cursos autoinstrucionais de extensão em saúde mental na atenção primária;
- f) Elaborar e desenvolver aplicativos para dispositivos móveis para estudo off-line na área de saúde mental na atenção primária;
- g) Elaborar e desenvolver um jogo eletrônico em saúde mental na atenção primária.

4 O PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 O início do percurso: o desenvolvimento d proposta do curso em EaD em saúde mental na APS

A análise de um modelo de capacitação em saúde mental por meio da EaD, objetivo principal deste estudo, iniciou-se com o objeto de estudo do doutorado: estudar saúde mental e EaD. A partir desta temática, os estudos começaram e a imersão no contexto da saúde mental na APS teve continuidade com o gratificante encontro com os pesquisadores do grupo “Babel” para uma reunião inicial sobre como seria este curso, quais os temas seriam abordados, quais pesquisadores seriam autores de quais módulos etc. A reunião foi importante para as primeiras definições sobre o curso e para apresentação da UNASUS/UFMA, dos cursos já ofertados e das metodologias utilizadas nos mesmos.

O grupo “Babel” é constituído por professores e pesquisadores em Saúde Mental na APS, que iniciaram em 2008 o Projeto Babel, com o apoio do Ministério da Saúde, para a realização do “Curso de Aperfeiçoamento em Saúde Mental para a Atenção Básica”, incluindo o processo de matriciamento. E a partir deste curso, utilizando metodologias ativas de ensino, centenas de profissionais já foram capacitados em todo o país, não só nas turmas iniciais (cerca de 800 pessoas em quatro cidades – Rio de Janeiro, São Paulo, Fortaleza e Porto Alegre) mas também em novas adaptações realizadas do Amazonas ao Rio Grande do Sul. Um dos produtos desenvolvidos pelo grupo “Babel” foi o Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental³⁷ que foi a referência teórica utilizada para abordar esse processo de trabalho integrado, o matriciamento, o modelo brasileiro de cuidados colaborativos em saúde mental.

No que tange as primeiras definições do curso durante a reunião com os pesquisadores do grupo “Babel” supracitada, alguns aspectos pedagógicos foram delineados. Foi definido que seria uma capacitação com 180h, casos clínicos seriam utilizados em cada módulo instrucional como forma de simulação da realidade vivenciada pelos profissionais, também teriam questões norteadoras para avaliar o conhecimento prévio e questões de múltipla-escolha seriam usadas para as avaliações ao final dos módulos, um dos modelos de avaliação utilizados nos cursos da UNASUS/UFMA. O curso seria mediado por tutores

especialistas em SM na APS e as metodologias ativas de aprendizagem também seriam utilizadas, sendo essa uma prática dos cursos realizados pelo grupo “Babel”.

Outro aspecto pedagógico incluído, foi a avaliação por pares, modelo de avaliação de projetos utilizado na Comunidade de Práticas do Ministério da Saúde. Esse modelo foi adaptado e associado a metodologia da problematização para promover uma aprendizagem interativa, reflexiva e crítica a partir do compartilhamento e avaliação de propostas de intervenção em saúde mental na APS pelos discentes e seus pares. Para isso foram elaborados casos clínicos, simulando problemáticas vivenciadas na APS e perguntas disparadoras a reflexão de pontos chaves nos casos e elaboração de intervenções.

A proposta do curso foi então definida, o objetivo era proporcionar o conhecimento em SM na APS, desenvolver habilidades e atitudes para o cuidado em saúde mental ao maior número de profissionais. Apesar de já haverem muitos cursos na área de saúde mental e utilizando o EaD, esta proposta de curso se diferencia das demais pela construção metodológica, utilizando a problematização com casos que realmente simulam a realidade dos profissionais e a avaliação por pares, metodologia pouco utilizada em cursos a distância e principalmente em cursos de saúde mental para promover a interação e reflexão crítica dos alunos. O desenvolvimento de recursos educacionais interativos também deve ser considerado para uma diferenciação na aprendizagem.

O passo seguinte foi o desenvolvimento do curso e sua aprovação nas instâncias superiores da UFMA. A comunicação com o Grupo Babel passou a ser via e-mail para as instruções sobre a construção de textos para o EaD, envio dos materiais elaborados e validações dos mesmos após a transposição didática para os livros e demais recursos multimídia que seriam utilizados no curso.

O curso abordou temáticas importantes para o desenvolvimento de competências em saúde mental na APS: os processos de trabalho colaborativo em SM na APS, as tecnologias do cuidado integral em saúde, a clínica da saúde mental na APS (Transtornos Mentais Comuns), os transtornos mentais graves e persistentes, o uso nocivo de álcool, e a saúde mental e o cuidado às doenças crônicas não transmissíveis. Essas temáticas foram escolhidas a partir da lacuna terapêutica existente no cuidado em saúde mental e a necessidade de capacitação dos profissionais para a identificação e cuidado dos problemas de saúde mental mais prevalentes na APS. O conteúdo buscou abranger a integralidade do cuidado, o cuidado em SM através do matriciamento, a presença de transtornos mentais comuns característicos na APS, bem como a abordagem ao uso nocivo de álcool e o impacto das doenças crônicas gerando sofrimento psíquico.

Os módulos sobre os processos de trabalho, o matriciamento e o de tecnologias do cuidado integral foram os módulos básicos do curso. Foram básicos, porque abordaram os novos processos de trabalho em saúde mental na APS através do matriciamento e as formas de abordagem aos pacientes com sofrimento psíquico a partir do cuidado integral. Esses módulos tinham como objetivo apresentar esse modelo de cuidado e como ele deve ser realizado no cenário da atenção primária. Foram módulos pré-requisitos para os demais módulos e sua proposta foi baseada na transformação da forma de abordagem aos pacientes com transtornos mentais na APS. Eram módulos para além do desenvolvimento de competências, visando principalmente transformações em habilidades e atitudes.

4.2 A estruturação do curso de capacitação mediado por tutoria

4.2.1 A proposta pedagógica

O Curso de Capacitação em Saúde Mental na Atenção Primária, apresentou uma estrutura modular, teve carga-horária de 180h dividida em oito módulos, foi mediado por tutoria e foi realizado integralmente à distância para três diferentes regiões brasileiras (Maranhão, Rio de Janeiro e Região Amazônica). As três diferentes regiões brasileiras foram selecionadas mediante as suas especificidades como referência em EaD e saúde mental na APS. A escolha do Estado do Maranhão deu-se em razão da expertise da UNASUS/UFMA em EaD no cenário nacional, assim como optou-se pelo Rio de Janeiro em função da sua referência na realização do matriciamento em saúde mental e ser considerado uma região de conflito urbano, impactando diretamente na saúde mental da população. A Região Amazônica foi escolhida como exemplo de região de difícil acesso e importância do cuidado relacionado a saúde mental indígena.

A escolha de realizar um curso com tutoria objetivou conhecer as dificuldades dos profissionais diante do cuidado em saúde mental na APS, considerando a importância dos tutores especialistas nas discussões das temáticas do curso e na condução do processo de aprendizagem a partir do modelo pedagógico proposto.

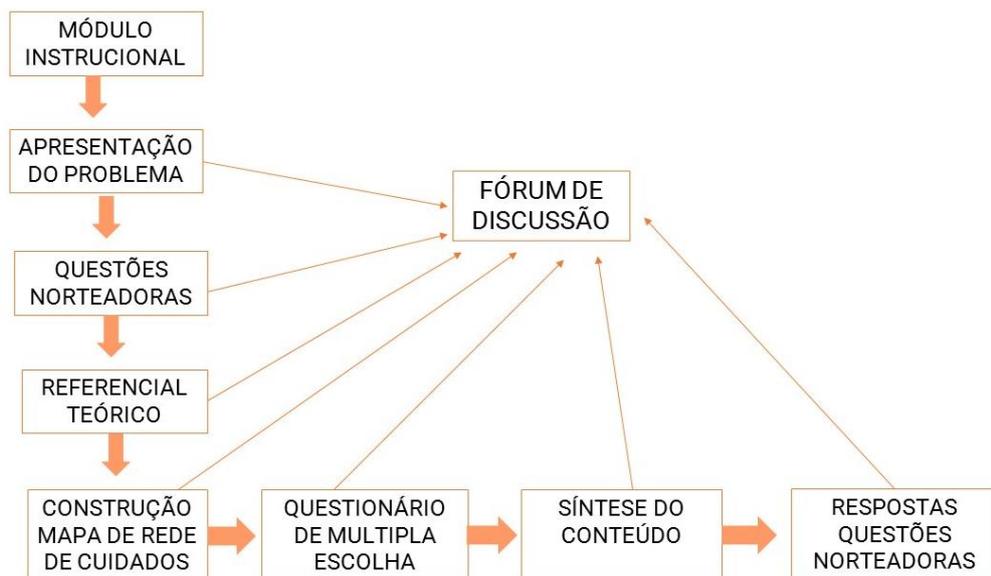
A proposta pedagógica do curso foi pautada no matriciamento, o modelo brasileiro de cuidados colaborativos em saúde mental, na aprendizagem por meio da problematização e da

avaliação por pares e enquadrou-se na modalidade de educação à distância (EAD). Essa modalidade possibilita o acesso ao conhecimento, mesmo em locais mais remotos do país, e integra profissionais de nível superior que atuam nos diversos dispositivos de saúde. O fluxo da estrutura do curso é apresentado na Figura 2.

O público-alvo do curso foram os profissionais da Atenção Primária em Saúde (Estratégia de Saúde da Família e Núcleo de Apoio a Saúde da Família) e da Saúde Mental dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e serviços ambulatoriais do SUS, dos Estados do Maranhão (MA), Rio de Janeiro (RJ) e Região Amazônica (RAM). Os objetivos do curso foram:

- a) Capacitar os profissionais da atenção primária (ESF-NASF-UBS) e da saúde mental (CAPS, ambulatórios de saúde mental e policlínicas) dos Estados do Maranhão e do Rio de Janeiro e da Região Amazônica para os cuidados em saúde mental;
- b) Abordar as ações de assistência para o cuidado em saúde mental na atenção primária incluindo a prevenção, detecção, tratamento e reabilitação dos principais transtornos mentais.

Figura 2 – Estrutura do Curso mediado por tutoria



O planejamento didático e os módulos instrucionais

No processo de planejamento didático do curso, foram definidos os conteúdos que seriam abordados, a forma como eles seriam apresentados aos discentes, quais seriam as estratégias utilizadas para promover a aprendizagem, os instrumentos de avaliação e a metodologia utilizada. A delimitação clara do que os alunos devem alcançar em termos de aprendizagens tem implicações no seu desempenho e na demonstração dos conhecimentos⁶⁸.

Esse planejamento norteou todas as ações da produção e oferta do curso, levando em consideração a modalidade da EAD, os sujeitos da aprendizagem (público-alvo), assim como os recursos adequados e disponíveis. Para todos os módulos foram criados planejamentos que continham a descrição dos módulos a partir da ementa, os objetivos educacionais e o conteúdo programático (Quadro 1).

Na delimitação dos objetivos dos módulos, foram elaborados objetivos instrucionais cognitivos, atitudinais e de competências (Quadro 2). Essa definição clara e estruturada considerando a aquisição de conhecimentos e de competências adequados ao perfil profissional almejado com a formação, direcionou o processo de ensino para a escolha adequada de estratégias, métodos, delimitação do conteúdo específico, instrumentos de avaliação e, conseqüentemente, para uma aprendizagem efetiva.

Nesse sentido, foi utilizada a taxonomia proposta por Bloom et al. (1956), que tem, explicitamente, como objetivo ajudar no planejamento, organização e controle dos objetivos de aprendizagem. Essa taxonomia apresenta três domínios: o cognitivo, o afetivo e o psicomotor. O domínio cognitivo foi considerado para a definição dos objetivos em cada módulo instrucional do curso visando o desenvolvimento cognitivo desejado. Nessa perspectiva o aluno precisa conhecer um determinado assunto para somente depois compreendê-lo e aplicá-lo. A Taxonomia de Bloom do Domínio Cognitivo é estruturada em níveis de complexidade crescente – do mais simples ao mais complexo – e isso significa que, para adquirir uma nova habilidade pertencente ao próximo nível, o aluno deve ter dominado e adquirido a habilidade do nível anterior⁶⁹.

Quadro 1 – Descrição dos módulos do curso de capacitação

Módulos							
	2-Processos de trabalho colaborativo em saúde mental na atenção primária	3-Tecnologias de cuidado integral em saúde	4-Clínica de saúde mental na atenção primária em saúde – TMC	5-Transtornos Mentais Graves e Persistentes	6- Uso nocivo de substâncias - Alcool	7-Saúde mental e o cuidado as doenças crônicas não transmissíveis	8-Caso clínico - família
Ementa	Cuidados colaborativos em saúde mental. Tipos de intervenções para o matriciamento. Papel das equipes de saúde. Organização e componentes da rede de atenção psicossocial.	Abordagem centrada na pessoa. Acolhimento em saúde mental na Atenção Primária. Manejo das famílias na atenção primária. Instrumentos de avaliação familiar.	Transtornos Mentais Comuns (TMC). Transtornos Ansiosos e Depressivos. Suicídio. Intervenções Psicossociais Avançadas. Projeto Terapêutico Singular. Intervenções na RAPS.	Caracterização dos Transtornos mentais graves e persistentes (TMGP). Abordagens medicamentosa e não medicamentosa. Condições clínicas associadas aos TMGP. Rede de Atenção Psicossocial.	Transtornos mentais mais prevalentes relacionados ao uso do álcool. Padrões de consumo e efeitos no organismo. Caracterização das principais abordagens psicossociais para a assistência ao usuário que faz uso nocivo de álcool.	Principais sintomas físicos e psicológicos Abordagem psicossocial de tratamento e adesão terapêutica. Abordagem familiar	Intervenções psicossociais. Matriciamento. Avaliação entre pares.
Objetivo educacional	Apresentar o modelo de cuidados colaborativos em saúde mental Apresentar as intervenções junto ao usuário e família e os dispositivos que compõe a rede de assistencial em saúde. Refletir sobre a atuação do profissional na rede assistencial em saúde.	Apresentar as técnicas de cuidado integral em saúde relacionados ao manejo do paciente e das famílias atendidas pelas equipes de saúde da atenção primária.	Apresentar as técnicas de cuidado integral em saúde relacionados ao manejo do paciente e das família atendida pelas equipes de saúde da atenção primária.	Descrever os TMGP mais encontrados na atenção primária e o manejo clínico pelos profissionais de saúde.	Descrever os transtornos mentais mais prevalentes relacionados ao uso do álcool, padrões de consumo e efeitos no organismo bem como a caracterização das principais abordagens psicossociais para a assistência ao usuário que faz uso nocivo de álcool.	Descrever os principais problemas psicossociais associados as doenças crônicas não transmissíveis mais frequentes identificadas na Atenção Primária em Saúde.	Compreender as situações de risco a saúde mental por meio de casos clínicos e propor intervenções de cuidado, analisando-as entre seus pares a partir de critérios pré-estabelecidos.
Conteúdo Programático	Cuidados colaborativos. Processo de matriciamento. Papel das equipes de apoio matricial em saúde mental. Instrumentos para a realização do apoio matricial (Contato a distância; Interconsulta; Consulta conjunta; Visita domiciliar; Grupos interdisciplinares). Projeto terapêutico singular. Organização e componentes da rede de atenção psicossocial.	O que é o cuidado em saúde. A integralidade no cuidado em saúde. Como realizar acolhimento no cuidado a saúde mental na atenção primária. Método clínico centrado na pessoa. Manejo com as famílias na atenção básica.	Conceito e particularidades do TMC. Formas de apresentação dos TMCS na APS. Principais complicações associadas ao manejo dos TMC. Intervenções psicossociais no contexto da APS. Abordagem farmacológicas para o cuidado do paciente. Manejo de paciente com risco de suicídio.	Definição de transtornos mentais graves e persistentes (TMGP). Principais Sinais e sintomas dos TMGP. Condições clínicas associadas aos transtornos mentais graves e persistentes. Abordagens terapêuticas: medicamentosa e não medicamentosa. Organização dos dispositivos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).	Definição dos principais transtornos associados ao uso de álcool. Padrões de consumo de álcool. Comorbidades clínicas e psiquiátricas. Etapas para a intervenção breve. Uso de instrumentos de triagem. Técnicas de entrevista. Abordagem familiar. Intervenções em grupos.	Aspectos relevantes para avaliação global do paciente com doença crônica não transmissível (DCNT). Abordagem centrada na pessoa. Intervenções em grupo.	Abordagem psicossocial à uma família atendida por uma equipe da UBS na atenção primária em saúde e que apresenta diversos problemas de saúde. Avaliação entre pares.

Quadro 2 – Dimensões pedagógicas

Módulos							
	2-Processos de trabalho colaborativo em saúde mental na atenção primária	3-Tecnologias de cuidado integral em saúde	4-Clinica de saúde mental na atenção primária em saúde – TMC	5-Transtornos Mentais Graves e Persistentes	6- Uso nocivo de substâncias - Alcool	7-Saúde mental e o cuidado as doenças crônicas não transmissíveis	8-Caso clinico - familia
Competência	Reconhecer as ações de atenção em saúde que possibilitarão o cuidado integral ao usuário.	Reconhecer e aplicar as técnicas de ações integrais que envolvem a abordagem do paciente, família e comunidade a partir do modelo de cuidados colaborativos em saúde.	Reconhecer e aplicar as técnicas de ações integrais que envolvem a abordagem do paciente e família a partir do modelo de cuidados colaborativos em saúde	Reconhecer os principais transtornos mentais graves e persistentes que acometem a população atendida pelos serviços assistenciais da atenção primária e intervir de forma eficaz através do uso de abordagens terapêuticas, medicamentosa e psicossocial.	Identificar os prejuízos causados ao indivíduo devido o consumo de álcool, considerando os principais transtornos associados e reconhecendo as principais abordagens terapêuticas que podem ser realizadas pelos profissionais da APS.	Reconhecer os principais sintomas desencadeados por pacientes com doença crônica não transmissível e as principais abordagens terapêuticas.	Reconhecer situações desencadeadoras de fatores estressores que podem ocasionar problemas de saúde mental bem como propor ações de cuidado aos usuários.
Conhecimentos	Conhecer o processo de cuidados colaborativos em saúde. Estudar os tipos de intervenções para a realização do apoio matricial. Refletir sobre a atuação do profissional na rede assistencial em saúde.	Conhecer o conceito de cuidado integral e da abordagem centrada na pessoa e seus componentes. Conhecer os principais conceitos relacionados ao uso de técnicas grupais na atenção primária. Conhecer os instrumentos utilizados para a avaliação familiar na atenção primária.	Conhecer as técnicas de abordagem centrada na pessoa. Discutir sobre os aspectos relacionados ao manejo com as famílias na atenção básica. Conhecer os instrumentos utilizados para a avaliação familiar.	Conhecer os transtornos mentais graves e persistentes (TMGP) e principais sintomas, as abordagens medicamentosas e estratégias para o desenvolvimento da abordagem psicossocial para adesão do paciente ao tratamento e participação da família.	Conhecer os padrões de consumo do álcool, as principais comorbidades clínicas e psiquiátricas relacionados ao uso do álcool e as diversas abordagens psicossociais para o tratamento e adesão do paciente e suporte à família. Conhecer os principais instrumentos de rastreio para avaliação do consumo de álcool.	Conhecer os sinais e sintomas físicos e psicológicos que envolvem as condições crônicas do adoecimento. Conhecer as diversas abordagens psicossociais para o tratamento e adesão do paciente.	Conhecer os sinais e sintomas físicos e psicológicos que envolvem as condições crônicas do adoecimento e as diversas abordagens psicossociais para o tratamento e adesão do paciente e suporte a família.
Habilidades	Reconhecer a ações que constituem o apoio matricial. Identificar as intervenções necessárias para realização do matriciamento. Reconhecer o papel do profissional de saúde na rede de atenção em saúde.	Saber aplicar as técnicas de abordagem centrada na pessoa durante a consulta clínica bem como as abordar as famílias no cuidado na atenção primária. Utilizar os instrumentos (genograma e ecomapa) que podem ser aplicados na avaliação familiar na atenção primária.	Saber aplicar as técnicas de abordagem centrada na pessoa durante a consulta clínica. Reconhecer situações de crise para a condução adequada da abordagem do grupo familiar. Identificar os instrumentos que podem ser aplicados na avaliação familiar considerando o contexto psicossocial.	Saber fazer o diagnóstico do paciente com transtorno mental grave. Reconhecer os sintomas que caracterizam os TMGP e saber realizar o manejo medicamentoso e psicossocial não medicamentoso para o controle dos sintomas psicóticos e não psicóticos e intervir junto a família e comunidade através da abordagem psicossocial.	Saber identificar os diferentes padrões de consumo do álcool. Sabre reconhecer as comorbidades clínicas e psiquiátricas e intervir junto a família e comunidade através de abordagens psicossociais. Saber aplicar instrumentos para triagem dos pacientes.	Saber abordar o paciente com doença crônica não transmissível. Saber como elaborar um plano de cuidados ao paciente. Reconhecer a abordagem centrada na pessoa.	Saber elaborar um plano de cuidados ao paciente e família.
Atitudes	Intervir junto as equipes de saúde através do matriciamento e em situações de risco psicossocial, considerando a integralidade da assistência aos indivíduos. Promover o estabelecimento do vínculo entre paciente e profissional de saúde para a construção das redes de apoio.	Incorporar a integralidade do cuidado como parte da prática clínica regular e o uso de técnicas grupais na assistência ao usuário na atenção a primária. Incluir a avaliação familiar na prática clínica regular.	Aplicar as técnicas de abordagem centrada na pessoa para garantir maior integralidade do cuidado nas consultas clínicas e intervir, de forma integral, nas situações de crise relatadas pelas famílias atendidas pelas equipes de saúde na atenção básica. Aplicar os instrumentos de avaliação familiar de acordo com as necessidades identificadas no atendimento clinico.	Incorporar a integralidade do cuidado como parte da prática clínica regular. Incorporar a abordagem psicossocial na assistência ao usuário na atenção a primária. Incluir a o uso de técnicas não farmacológicas em associação com a intervenção medicamentosa.	Incorporar a integralidade do cuidado como parte da prática clínica regular. Incorporar a abordagem psicossocial na assistência ao usuário na atenção a primária. Incluir a o uso de instrumentos de rastreio para a triagem de pacientes.	Incorporar a integralidade do cuidado como parte da prática clínica regular. Incorporar a abordagem psicossocial na assistência ao usuário na atenção a primária.	Incorporar a integralidade do cuidado como parte da prática clínica regular. Incorporar a abordagem psicossocial na assistência ao usuário na atenção a primária.

Os módulos instrucionais (módulo 2 ao módulo 7) referentes a cada temática abordada (Figura 3) no texto contaram com os seguintes componentes:

- a) Apresentação do problema: os casos clínicos e as questões norteadoras
- b) Os referenciais teóricos: os livros multimídia
- c) A construção do mapa da rede de cuidados
- d) Questionários de múltipla escolha para avaliação do conteúdo
- e) Síntese do conteúdo abordado no módulo
- f) Respostas das questões norteadoras
- g) Um fórum de discussão de conteúdo transversalmente nos módulos

Figura 3 – Descrição dos módulos e cronograma do curso



CRONOGRAMA			
CAPACITAÇÃO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA			
MÓDULO	DESCRIÇÃO DOS MÓDULOS	CH	Período
1	Tecnologias da Informação e Comunicação em Saúde - TICS	15H	06/12 - 19/12/2016
2	Processos de trabalho colaborativo em Saúde Mental na Atenção Primária	30H	20/12 - 05/02/2017
3	Tecnologia de cuidado integral em saúde	15H	07/02 – 12/03/2017
4	Clínica da Saúde Mental na Atenção Primária em Saúde – TMC	30H	16/03 - 23/04/2017
5	Transtornos Mentais Graves e Persistentes - TMGP	15H	29/04 - 28/05/2017
6	Uso nocivo de substâncias - Álcool	15H	31/05 - 18/06/2017
7	Saúde Mental e o cuidado às doenças crônicas não transmissíveis	15H	04/07 - 16/07/2017
8	Caso clínico: cuidando de uma família complexa (Avaliação entre pares)	45H	ETAPA 1 - 21/07 - 13/08 ETAPA 2 - 14/08 - 03/09
Carga horária total: 180h			

O módulo 1 do curso, denominado Tecnologias da Informação e Comunicação em Saúde, teve carga-horária de 15h e seu objetivo principal era a apresentação dos conceitos

sobre Educação a Distância (EaD) e os recursos tecnológicos utilizados para a aprendizagem do aluno no Ambiente Virtual de Aprendizagem da UNA-SUS/UFMA.

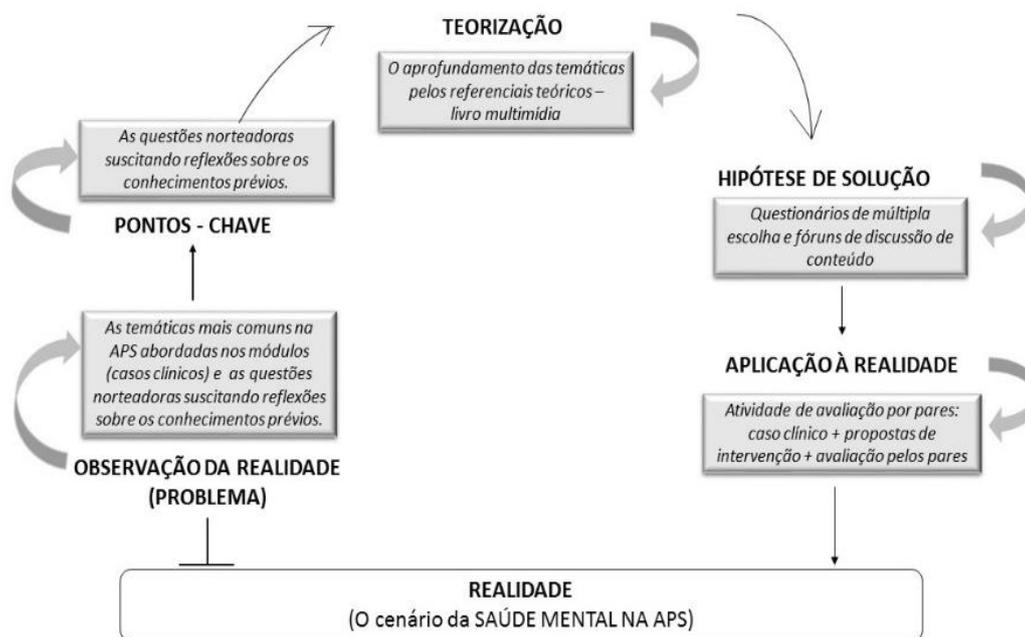
Os fóruns de discussão eram uma atividade transversal em todos os módulos. Em cada módulo do curso tinha um fórum com o objetivo ser um espaço de discussão do conteúdo, de dúvidas e troca de experiências entre os discentes. E sobre essa vivência, Freire (2004) aponta que um dos princípios teóricos mais significativos das metodologias ativas é a autonomia, a qual deve emergir no âmago da relação dialética existente entre docentes e discentes, no caso, entre os tutores e os alunos em cada turma⁷⁰.

Sobre os demais módulos, a apresentação e o entendimento da estrutura do curso (Figura 2) permite melhor compreensão da utilização da problematização como uma das metodologias ativas de ensino que foi utilizada com o objetivo de tornar o aprendizado centrado do aluno e atuar na perspectiva interdisciplinar diante do público-alvo que era multidisciplinar, promovendo assim, a integralidade da atenção em saúde, bem como estimulando a capacidade crítica e a autonomia dos discentes⁷¹.

Nessa perspectiva utilizamos como referência teórica o Arco de Mangarez sinalizando que o uso da problematização implica em 5 etapas (Figura 4)⁷²:

1. Observação da realidade
2. Definição do problema
3. Teorização
4. Hipótese de solução
5. Aplicação da realidade

Figura 4 – Representação esquemática na utilização do Arco de Mangarez no curso



Fonte: A autora, 2019.

A primeira etapa, a observação da realidade, corresponde ao olhar atento da realidade, neste caso a saúde mental na atenção primária. Nesta etapa, os alunos foram levados a se voltar para a realidade, a saúde mental na APS, refletir sobre ela por meios dos casos clínicos que simularam situações vivenciadas, e que abordaram temáticas comuns na APS em cada módulo. Posteriormente, puderam indagar as razões do problema (casos clínicos) por meio das questões norteadoras. Desta forma, esse método tem como ponto de partida a realidade do sujeito, o cenário no qual está inserido e onde os vários problemas podem ser visualizados, percebidos, de maneira que possam ser estudados em conjunto e ou com seus pares. Esse estudo pôde ser realizado por meio de discussões nos fóruns transversais de discussão de conteúdo, presentes em cada turma, mediado pelos tutores.

A segunda etapa, a definição do problema refere-se a definição da questão a ser estudada, os pontos-chaves da problemática. Essa etapa foi realizada por meio das questões norteadoras que foram utilizadas para proporcionar ao aluno uma reflexão sobre os conhecimentos prévios sobre um determinado assunto e a identificação do que necessitariam aprender sobre a o problema apresentado e a temática abordada.

A terceira etapa é a teorização, o momento do estudo propriamente dito e da ampliação e aprofundamento pelos referenciais teóricos. Nessa etapa, oportunizamos aos discentes após o contato com a situação problema em cada módulo e as questões norteadoras,

o livro multimídia abordando teoricamente os problemas apresentados anteriormente. Os fóruns de discussão permaneceram abertos durante todos os módulos para favorecerem um espaço de discussão.

A quarta etapa, a hipótese de solução, momento de construir novos saberes e ações, ocorreu durante os questionários de múltipla escolha e as discussões no fórum de conteúdo. Os questionários foram elaborados para avaliação do conhecimento abordado nos módulos, proporcionando ao aluno uma reflexão e avaliação do que foi aprendido. As discussões nos fóruns contribuíram para o compartilhamento do saber entre diferentes categorias profissionais sobre o assunto estudado.

A quinta e última etapa refere-se a aplicação na realidade, o momento de retorno ao cenário do problema. Esta etapa foi realizada através da avaliação por pares, onde os discentes tiveram que elaborar propostas de intervenção em saúde mental na atenção primária, com base em casos clínicos, simulando a realidade, elaborados de acordo com a sua região, com problemas específicos da sua realidade, que eram avaliadas por outro colega. A avaliação dessas propostas de intervenção teve como ponto de partida a viabilização das mesmas no contexto de práticas. Foram elaboradas perguntas abertas sobre o que os discentes fariam igual ou diferente diante das propostas de intervenção dos colegas e as respostas desses pares foram enviadas como feedback. Inteiramos que a capacidade crítica dos estudantes e a percepção da realização da atividade de avaliação por pares foi contemplada também nos fóruns de discussão de conteúdo mediado pelos tutores.

Foram utilizados no curso os seguintes recursos para o uso da problematização:

- a) Casos clínicos;
- b) Questões norteadoras;
- c) Construção de um mapa de rede de cuidados.

No processo de construção do curso, optamos por utilizar uma nova alternativa de avaliação formativa que também se caracteriza como uma metodologia ativa de aprendizado. Denominada “Avaliação por Pares”, foi aqui adaptada a partir das experiências realizadas na “Comunidade de Práticas”, uma plataforma de intercâmbio de experiências do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (MS). Esta atividade será descrita no item avaliação, embora seja também exemplo de utilização de metodologia ativa em EaD, neste caso dentro de uma proposta de avaliação formativa.

- **Casos clínicos**

Os casos clínicos foram elaborados pelos professores conteudistas conforme a temática de cada módulo instrucional. Foram elaborados seis casos clínicos com questões norteadoras objetivando uma reflexão sobre o conteúdo abordado (APENDICE A). Os casos foram apresentados no início dos módulos como forma de expor o problema ao aluno e aproximá-lo da realidade. Para isso, utilizamos recursos multimídia, como vídeos com animações e personagens, objetivando tornar esta apresentação mais atrativa ao aluno.

a) Questões norteadoras

As questões norteadoras foram elaboradas de acordo com os casos clínicos e apresentadas aos alunos após o problema e em vários momentos no decorrer dos módulos de acordo com o desenvolvimento do caso (APENDICE A). Elas tinham como objetivo proporcionar uma reflexão sobre o conhecimento prévio do aluno relacionado a temática do módulo. E as respostas das questões norteadoras foram disponibilizadas no final de cada módulo na mesma página da síntese do módulo, que abordava os principais conceitos trabalhados, para o aluno realizar o download e ter acesso aos principais pontos que deveriam estar contemplados nas suas respostas.

b) A construção do Mapa de Rede

A construção do mapa de rede foi um recurso utilizado com o propósito do aluno construir uma rede de cuidados, de acordo com a sua realidade ou de acordo com o caso clínico abordado nos módulos mediante instruções. Para isso, desenvolvemos uma rede de cuidados em pdf editável (Figura 5) para que aluno fizesse download, preenchesse, enviasse como tarefa no AVA e pudesse salvar em seu computador para visualização e análise posterior de suas construções. As instruções para a construção de cada mapa de rede nos módulos são descritas a seguir:

a) Módulo 2 - Processos de trabalho colaborativo em Saúde Mental na Atenção Primária:

Após a leitura da situação descrita realize o mapeamento da rede de cuidados do seu município. Acrescente ao desenho outros elementos da rede do seu município, incluindo não

somente outros elementos da rede de atenção em saúde, como também recursos da rede intersetorial e da própria comunidade que poderiam ter sido utilizados na condução desta situação.

b) Módulo 3 – Tecnologia do cuidado integral em saúde:

VAMOS PRATICAR? Agora que você já conhece o caso de Angélica, construa a rede de cuidados (graficamente) da família de Angélica.

c) Módulo 4 – Clínica da Saúde Mental na APS:

Vamos praticar? Após acompanhar a situação descrita no livro multimídia sobre o casal Pedro e Regina e seus familiares, identifique os dispositivos da rede de cuidados importantes para o acompanhamento e suporte.

d) Módulo 5 – Transtornos Mentais Graves e Persistentes – TMGP:

Após conhecer a situação descrita neste livro multimídia, identifique os diferentes dispositivos que devem estar presentes na rede de cuidados de Bernardo e seus familiares.

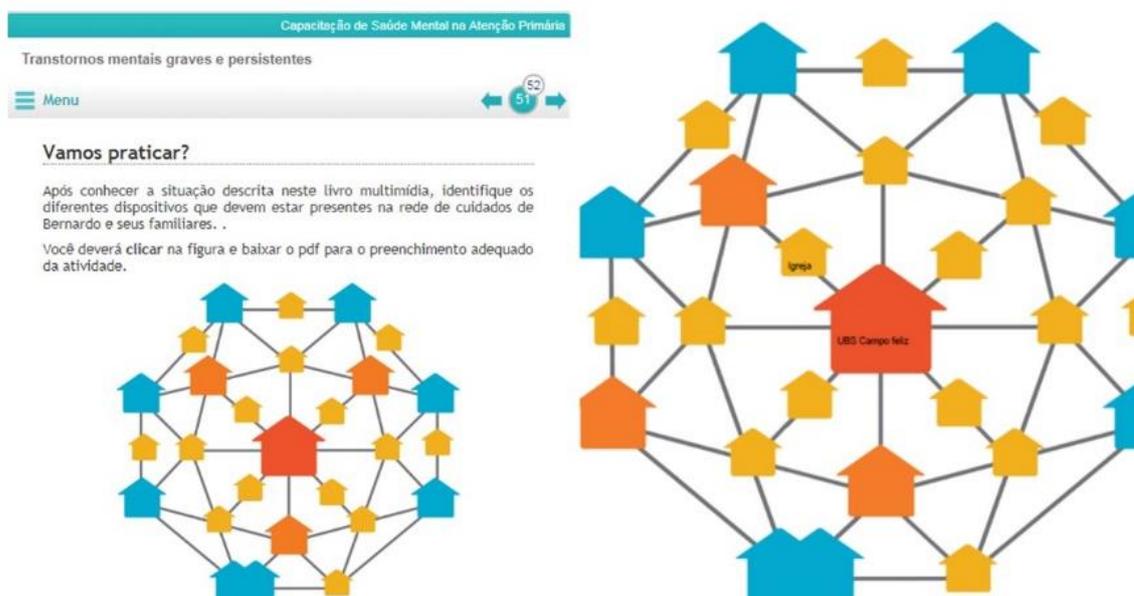
e) Módulo 6 – Uso nocivo de substâncias – Álcool:

Após conhecer a situação descrita neste livro multimídia, identifique os diferentes dispositivos que podem ser acionados para estabelecer uma rede de cuidados à família de Dona Márcia e Seu Joaquim.

f) Módulo 7 – Saúde Mental e o cuidado às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT):

Após acompanhar o caso de Cláudio, identifique os diferentes dispositivos que podem ser acionados para estabelecer uma rede de cuidados adequada às condições apresentadas.

Figura 5 – Mapa de rede



4.2.1.1 As avaliações do curso

Na proposta pedagógica do curso foram previstos dois momentos avaliativos com notas variando de 0 a 100,00:

– A primeira avaliação foi realizada pelo questionário de múltipla escolha, que foi elaborado pelos conteudistas dos módulos e tinha como objetivo avaliar o conhecimento dos alunos sobre a temática do módulo. Este questionário, foi apresentado aos discentes ao final de cada módulo instrucional e era composto de dez perguntas com feedback apontando o por quê dos erros e acertos dos alunos. A correção do questionário foi realizada pelo sistema, assim como o envio dos feedbacks mediante a escolha de uma resposta errada ou correta.

– O segundo processo avaliativo foi a avaliação por pares realizada no último módulo do curso como uma estratégia educacional formativa mediada por tutoria. Essa atividade tinha como objetivo avaliar o conhecimento dos alunos e sua abordagem diante de um caso clínico de uma família complexa, reunindo os conceitos abordados nos demais módulos. A complexidade da família está relacionada aos diversos problemas que foram apresentados nos casos referentes aos seus membros e a dinâmica familiar. Nesta atividade, cada aluno recebeu um caso clínico elaborado a partir das características da sua região (Maranhão, Rio de Janeiro e Região Amazônica) e de experiências clínicas (APENDICE B, C, D). Nos casos clínicos foram apresentados problemas de ordem psicossocial influenciando em problemas físicos,

onde a abordagem integral deveria ser realizada, bem como a utilização do matriciamento para o cuidado em saúde mental como parte do cuidado em saúde. O uso nocivo de álcool foi também abordado em todos os casos, por ser uma problemática comumente encontrada na APS.

A atividade entre pares foi planejada a partir dos objetivos educacionais do módulo: etapas de realização da atividade; dimensões do cuidado em saúde mental na APS que seriam abordadas, processo de heteroavaliação; espaço específico dentro do Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) na plataforma Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment (MOODLE) para a implementação da atividade por meio do módulo Workshop; interface amigável, a fim de que o aluno pudesse realizar as etapas da atividade de forma intuitiva no AVA, e tutoriais de apoio ao aluno. Também foi planejada a forma de recebimento do feedback dos alunos acerca do uso da atividade entre pares. Todo processo de planejamento, de implementação e de testes ocorreu de forma integrada entre as equipes pedagógica, de tecnologia da informação e de design.

Após a finalização do planejamento didático-pedagógico, a equipe de Design Gráfico, o Núcleo Pedagógico e a equipe de Tecnologia da Informação trabalharam na criação do desenho da interface do módulo de atividades, levando em consideração o caminho que o aluno percorre no processo. Buscou-se ressaltar a constante informação ao aluno; isto é, a equipe utilizou elementos que primassem pela facilidade com que o usuário deve encontrar as informações para finalizar as duas etapas da atividade.

Sobre a customização do módulo Workshop para a atividade entre pares, é importante ressaltar que o tipo de AVA adotado pela UNA-SUS/UFMA é o MOODLE e este já possui um módulo nativo chamado de Workshop, que realiza as ações necessárias para a avaliação entre pares. A primeira modificação realizada foi no relatório de notas apresentado pelo módulo. No modelo original, o relatório é composto por nome, sobrenome, envio, notas recebidas, notas para envio, notas dadas e nota para avaliação. O modelo do relatório original do módulo não contemplava a necessidade do curso e da UNA-SUS/UFMA, já que este possui nomenclaturas confusas, e faltavam campos. Em parceria com o Núcleo Pedagógico, a Tecnologia da Informação da UNA-SUS/UFMA desenvolveu um novo modelo de relatório denominado de Participação na Avaliação entre Pares. Essa nova ferramenta segue o mesmo modelo visual do original, apresentando apenas algumas adições, modificações e remoções de campos.

Este novo relatório tem, em sua composição, os campos nome, sobrenome, e-mail, envio, status de envio, data de envio, avaliação recebida, avaliação proferida, data da

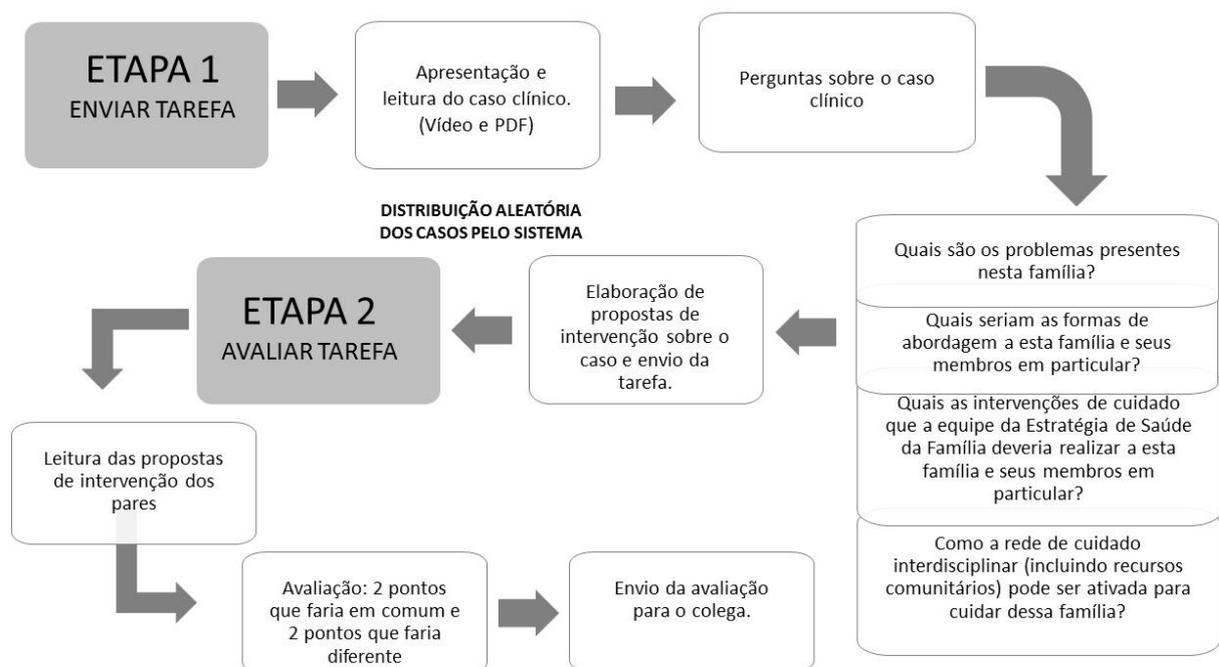
avaliação e nota de participação. Diferentemente do relatório nativo do módulo, temos os campos:

- a) Status de envio: indica se o envio da tarefa foi efetuado;
- b) Data de envio: indica a data de envio da tarefa;
- c) Avaliação recebida: indica se a atividade foi recebida pelo par avaliador;
- d) Avaliação proferida: indica se o par avaliador efetuou a avaliação da tarefa;
- e) Data de avaliação: data na qual o par avaliador efetuou a avaliação da tarefa.

Outra funcionalidade modificada a partir do módulo original do Workshop foi a customização da visão do aluno, conforme o design de interface de telas que foi apresentado anteriormente, deste relato de experiência.

A atividade de avaliação por pares oportunizou aos discentes a partilha de propostas de intervenção em saúde mental na atenção primária com base nos casos clínicos. Cada discente teve que avaliar a atividade de um colega e teve a sua atividade avaliada por um terceiro colega. A atividade por pares foi constituída de três momentos (Figura 6):

Figura 6 – Descrição das etapas da atividade de avaliação por pares



Fonte: A autora, 2019.

1º momento: Apresentação do caso clínico no livro multimídia (Figura 7). Foram elaborados três casos clínicos referentes às três realidades dos discentes do curso. A apresentação dos

casos foi por meio de recursos multimídia e disponibilização de arquivo em pdf com a descrição dos mesmos.

Figura 7 – Apresentação do caso clínico da Região Amazônica

Capacitação de Saúde Mental na Atenção Primária

Caso clínico: cuidando de uma família complexa (Avaliação entre pares)

Menu

Caso clínico: Amazônica

Avaliação entre pares

Raimundo é muito machista, fica violento quando bebe e Kayke acha o tio um exemplo.

Agora que você já conhece a história da Sra. Iara, você deve acessar a página "Atividade" e, em seguida, "Atividade entre pares (Região Amazônica)". A atividade é composta por duas etapas: Etapa 1: Envio do seu trabalho; e Etapa 2: Avaliação do trabalho de seu colega. Na etapa 1 você irá responder 4 perguntas sobre o caso clínico da Sra. Iara. Na etapa 2 você irá se posicionar quanto à avaliação que seu colega realizou sobre o mesmo caso. Leia o tutorial que disponibilizamos para realização da "Avaliação entre Pares" e siga as orientações disponíveis na atividade. Em caso de dúvidas, entre em contato com o seu tutor ou Suporte Saúde Mental.

Caso pdf

2º momento: Realização da primeira etapa da atividade e envio das propostas de intervenção. Nesta etapa, o discente após a leitura e/ou visualização do caso tinha que responder quatro questões disparadoras referentes ao caso em um arquivo em *word* e anexá-lo no AVA :

- a) Quais são os problemas presentes nesta família?
- b) Quais seriam as formas de abordagem a esta família e seus membros em particular?
- c) Quais as intervenções de cuidado que a equipe da Estratégia de Saúde da Família deveria realizar a esta família e seus membros em particular?
- d) Como a rede de cuidado interdisciplinar (incluindo recursos comunitários) pode ser ativada?

Figura 8 - Visualização da 1ª etapa da atividade de avaliação por pares pelos alunos do Maranhão

Atividade Entre Pares (Maranhão) 1

Etapa 1 - Envie seu trabalho.

Início: 21/07/2017 00:00 **Prazo Limite:** 27/07/2017 00:00

Após você ter lido o caso clínico relacionado ao seu polo, apresentado no livro multimídia, clique no item abaixo **Iniciar** para ter acesso as perguntas que deverão ser respondidas sobre o caso. Após o fim do prazo limite para envio, seu trabalho será disponibilizado para um aluno do curso que irá avaliá-lo. Quando realizada, a avaliação ficará disponível para sua visualização. Mãos à obra!

Atividade	Status do envio	Avaliação do seu trabalho
Editar	✓	

Instruções para envio ▼

Prezado aluno (a),

Responda as perguntas abaixo sobre o caso clínico apresentado no livro multimídia. Para isso, abra um documento no word, responda as perguntas, salve o arquivo no seu computador, adicione o documento na área "tarefa enviada" abaixo e clique em salvar mudanças.

- 1 - Quais são os problemas presentes nesta família?
- 2 - Quais seriam as formas de abordagem a esta família e seus membros em particular?
- 3 - Quais as intervenções de cuidado que a equipe da Estratégia de Saúde da Família deveria realizar a esta família e seus membros em particular?
- 4 - Como a rede de cuidado interdisciplinar (incluindo recursos comunitários) pode ser ativada para cuidar dessa família?

Envio

Para editar sua resposta, você deve excluir o arquivo anterior e enviar um novo

Anexo* Tamanho máximo para novos arquivos: ilimitado, máximo de anexos: 1

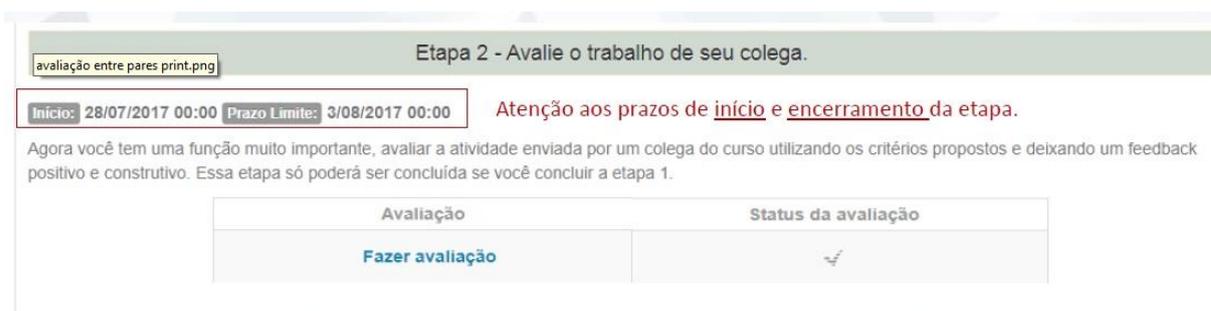
Você pode arrastar e soltar arquivos aqui para adicioná-los.

Salvar mudanças
Cancelar

Este formulário contém campos obrigatórios marcados com *

3º momento: Avaliação da atividade do colega. Nesta segunda etapa, os discentes tinham que avaliar as respostas dos colegas e responder dois pontos que fariam igual e dois pontos que fariam diferente em um espaço para feedback de respostas.

Figura 9 - Visualização da 2ª etapa da atividade de avaliação por pares



Após a conclusão desta etapa, a atividade entre pares foi considerada concluída. Os alunos tinham que responder as duas etapas (envio e avaliação) para obter aprovação no módulo com pontuação de zero a dez dada pelo sistema. Os alunos que não enviaram nenhuma etapa obtiveram nota zero, os que enviaram somente uma etapa obtiveram nota cinco e aqueles que enviaram as duas etapas obtiveram nota dez e foram aprovados no módulo.

O prazo para realização das duas etapas foi previamente estabelecido, a atividade foi acompanhada pelos tutores e os mesmos tiveram acesso às respostas dos discentes e participaram de um fórum de discussão durante o módulo. Através dessas atividades que resultam da combinação entre a avaliação por pares e a participação dos tutores em discussão conjunta em fórum virtual de discussão, produziu-se um espaço de trocas entre os alunos e promoção de uma reflexão conjunta dos problemas estudados segundo o contexto local.

Segundo Pinto (1994), afirma que a partilha de experiências (aluno-aluno), permite aos mesmos, maior autonomia na organização do seu trabalho e na construção das aprendizagens, assim como permite uma melhor compreensão do erro, porque o fato de os alunos chegarem a um consenso entre estes (aluno-aluno), permite-lhes perceber onde, como e porque se errou, sendo desta forma mais fácil poderem obter sucesso⁷³.

O autor supracitado afirma ainda que desenvolvem-se os mecanismos de autocorreção, bem como, os mecanismos de entre ajuda e partilha de saberes. Na opinião de Pinto (1994), este diálogo aluno-aluno, permite também ao professor, os tutores, uma modificação no “modo de ver” os alunos, uma vez que, o tutor poderá perceber que os alunos são capazes de

trabalhar autonomamente, e neste sentido, os alunos implicam-se e interessam-se, como também, aprendem “várias coisas” sozinhos ou com os outros⁷³.

Sadler* salienta a importância do trabalho de pares (aluno-aluno) em contexto de sala de aula, uma vez que a linguagem utilizada é a mesma que utilizariam numa outra situação, e ainda, também, porque os alunos aprendem a ser professores e examinadores de outros⁷⁴.⁴⁸

A atividade de avaliação por pares foi uma atividade de cunho formativo no último módulo do curso. A avaliação formativa é uma modalidade que se encontra centralizada na formação⁷⁵. É uma estratégia que busca a identificação de informações que irão favorecer a regulação e o ajuste do processo ensino-aprendizagem. O desenvolvimento da avaliação formadora, implica uma atitude e uma prática diferente, não só ao nível do ensino/aprendizagem, mas também na própria relação pedagógica. “Implica que se passe de uma «pedagogia da reprodução» para uma «pedagogia da construção», visando a construção do conhecimento, do saber e do saber-fazer [...]”⁷³.

A avaliação formativa no contexto da Educação em Saúde, se destaca como uma estratégia bastante abrangente, devido aos diversos cenários de aprendizagem. E dentro dessa modalidade de avaliação, o ato de prover feedback é uma ferramenta importante de autoregulação dos profissionais que se encontram em processo constante de aprendizagem e atualização⁷⁶. O feedback é considerado como uma etapa fundamental no processo de avaliação formativa promovendo a comunicação e a interação entre os discentes, sob as mais diversas formas⁷⁷. Acrescenta-se também o papel do feedback na motivação dos alunos e na promoção da autonomia perante o processo de aprendizagem⁷⁸.

A aprovação

O aluno foi considerado **APROVADO** quando este enquadrou-se em todos os critérios listados abaixo:

- a) Média final igual ou maior que 70,0 nos módulos 1 a 7 do curso;
- b) Realização das duas etapas da atividade de avaliação por pares (módulo 8);
- c) Realização de todas as atividades somativas do curso (Questionário online e Avaliação entre pares);
- d) Frequência de 75%, considerando o somatório dos módulos.

* Black P, William D. *Theory and Practice in the Development of Formative Assessment*. Paper presented at the King's College; 2001 Aug. London: University of London; 2001.

Reprovação

Considerou-se o aluno REPROVADO, quando este enquadrou-se em qualquer um dos critérios abaixo descritos:

- a) Média menor que 70,0 em algum módulo do curso;
- b) Não realização das atividades somativas (Questionário online e a Avaliação entre pares);
- c) Foi automaticamente REPROVADO o estudante que não acessou e/ou não realizou as atividades por 2 módulos consecutivos ou 4 módulos intercalados sem justificativa escrita via Central de Atendimento ao aluno;
- d) Foi REPROVADO o estudante que não realizou as atividades de reposição modular no tempo estipulado.

O aluno podia também justificar a ausência no Curso, através da Central de Atendimento, onde deveria apresentar até o final dos módulos, justificativa escrita, juntamente com envio do atestado médico específico, que descrevesse o período de afastamento das atividades do Curso.

Além disso, foram classificados na categoria **Desistência/Abandono** os alunos que expressaram, por escrito, que não tinham mais interesse em continuar as atividades do curso.

Somente os alunos que cumpriram os critérios de aprovação receberam a certificação do Curso pela Universidade Federal do Maranhão.

Diante do supracitado, revelamos que várias estratégias de resgate de alunos foram utilizadas pelos tutores e pela equipe de monitoramento, como mensagens via AVA e SMS, prorrogação do tempo de duração das atividades, dentre outras. Uma das consequências destas intervenções foi o prolongamento do curso.

Os tutores do curso

Os tutores foram profissionais especialistas em SM na APS do Maranhão e do Rio de Janeiro, selecionados pela coordenação pedagógica. A seleção foi realizada mediante os critérios de especialização em saúde mental na APS e domínio das ferramentas de EaD utilizadas no curso. O número de tutores foi referente ao número de turmas por região do curso, totalizando nove turmas. As turmas 1 a 4 foram turmas constituídas por profissionais do RJ com 19 alunos por turma. Os profissionais do Estado Maranhão constituíram as turmas

5 a 7 com um total de 21 alunos por turma e as turmas 8 e 9 foram atribuídas a Região Amazônica com um total de 19 alunos por turma. Todos os nove tutores, passaram por uma breve capacitação: apresentação e disponibilização dos conteúdos abordados, o Ambiente Virtual de Aprendizagem – AVA onde o curso foi realizado, bem como instruções gerais de tutoria realizadas em todos os cursos da UNASUS/UFMA.

A capacitação foi realizada à distância, pela coordenação de tutoria com carga horária de 10h e o foco foi a ambientação dos tutores ao AVA do curso. O conteúdo teórico do curso não foi abordado em razão da formação dos tutores na área. As dúvidas referentes ao manejo do AVA e a tutoria foram abordadas posteriormente por meio do Núcleo de Apoio aos Tutores – NAT no AVA.

O Núcleo de Apoio ao Tutor (NAT) se deu em parceria com o Núcleo de Tecnologia da Informação da UNA-SUS/UFMA e teve como principal objetivo auxiliar o tutor no manejo do Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA), por meio de um espaço de relacionamento que forneceu suporte no desempenho de suas atribuições, minimizando as dificuldades encontradas.

O NAT é uma sala virtual com atividades mediadas especialmente pela Coordenação e Supervisão de Tutoria, com apoio da Coordenação Pedagógica, que através de fóruns e materiais de apoio, preconiza discussões sobre o planejamento dos módulos e desempenho dos alunos, mediando ainda qualquer comunicação entre tutor e demais Coordenações do curso.

Por meio do NAT a aproximação com os tutores é clara e prazerosa, proporcionando ainda troca de experiências e construção coletiva de estratégias para o desenvolvimento do curso.

No NAT foram disponibilizados os Guias do Tutor-Orientador e do Aluno em suas versões online e PDF, materiais de apoio e leitura complementar ao tutor, cronograma da tutoria, tutorial de acesso ao AVA e dois fóruns, sendo um de conteúdo e o segundo de integração.

O Guia do Tutor é material interativo norteador das atitudes do tutor no curso e na relação com o aluno e tem o objetivo de fornecer informações e orientações que facilitarão a organização durante o processo de trabalho do mesmo, assim como delineamentos que os auxiliará na tomada de decisão no processo ensino-aprendizagem. É composto pela descrição de suas atribuições, noções éticas no AVA, orientações e critérios de avaliação, planejamento da tutoria e a disponibilização dos principais telefones e contatos da UNA-SUS/UFMA. Esse

material foi pensado no intuito de proporcionar ao tutor um guia de fácil acesso às principais informações da tutoria.

Foram disponibilizados materiais de apoio e leitura complementar como artigos e livros pela Coordenação de Tutoria para leitura e aprofundamento dos tutores nos conteúdos da Educação a Distância e mediação da aprendizagem. Também foi disponibilizado um tutorial referente ao AVA, com instruções que teve o objetivo de auxiliar o tutor no acesso às demais funções do sistema, tais como envio de mensagens, acesso ao conteúdo e atividades, ao perfil de usuário, dentre outros.

Por fim, os tutores tinham disponíveis dois espaços de interação, o Fórum de Conteúdo e o Cafezinho Virtual, cuja proposta era a troca de experiência e informações sobre o andamento do curso, tais como facilidades e dificuldades encontradas em cada etapa de trabalho, assim como a deliberação de propostas de intervenção no processo de ensino-aprendizagem.

A função dos tutores era o acompanhamento do processo ensino aprendizagem do aluno ativamente desde o início dos módulos até o encerramento do curso. Eles mediarão discussões e levantarão questionamentos sobre o conteúdo, bem como motivariam os alunos.

4.3 A estruturação dos cursos Autoinstrucionais de Extensão em Saúde Mental, dos E-books e do Game Quiz

Os cursos autoinstrucionais

Os Cursos Autoinstrucionais de Extensão em Saúde Mental na Atenção Primária (Figura 8) foram desenvolvidos a partir dos módulos do curso de capacitação mediado por tutoria, após a conclusão e avaliação do mesmo. A oferta desses cursos objetivou alcançar um número maior de profissionais em relação ao curso mediado por tutoria.

Os cursos autoinstrucionais (AI) são cursos que visam garantir a autonomia e independência do aluno, a partir de um desenho autoexplicativo, que aborde temáticas de maneira simples e objetiva, necessitando de pouca ou nenhuma interferência do tutor.⁵⁴ São também conhecidos como *Massive Open Online Courses* (MOOCs), uma modalidade de curso on-line com capacidade para atender uma grande quantidade de estudantes. Uma das suas características essenciais está relacionada à gratuidade e acesso aberto. Outro aspecto importante refere-se à participação voluntária, permitindo o compartilhamento de ideias,

criando situações de trocas em que um pode contribuir com o outro, por meio de interações on-line⁷⁹.

O conteúdo dos módulos do curso mediado por tutoria, que viraram cursos independentes já estava pronto e o passo seguinte foi a realização da transposição didática, exigida à modalidade autoinstrucional, de forma a torná-los cursos independentes.

Figura 10 – Cursos autoinstrucionais

Os cursos autoinstrucionais de Formação em Saúde Mental na Atenção Primária são direcionados para o cuidado em saúde mental na atenção primária incluindo a prevenção, tratamento, reabilitação, prevenção dos transtornos mentais comuns e a estruturação de um modelo assistencial integrado.

Saúde Mental

Cursos da área temática

- Transtornos mentais graves e persistentes - TM... **Basta mais**
- Clínica de saúde mental na atenção primária em... **Encerrado**
- Saúde mental e o cuidado às doenças crônicas ... **Encerrado**
- Tecnologias de cuidado integral em saúde **Encerrado**
- Processos de trabalho e as redes de atenção à ... **Encerrado**
- Uso nocivo de substâncias - Alcool **Encerrado**

Foram ofertados seis cursos de extensão que puderam ser cursados de forma independente, com certificação da carga-horária individual (Quadro 3) ou de forma integral, totalizando 210 horas. Para aprovação os cursistas tiveram que alcançar a nota mínima de 70,0.

Os cursos destinaram-se aos profissionais de saúde de nível superior que atuam no SUS na atenção primária e na atenção especializada em saúde mental, mas o acesso aos mesmos pôde ser realizado por qualquer profissional e o número de matrículas foi estipulado em 20.000 para fins operacionais, no entanto em vários cursos esse número foi muito superior.

Quadro 3 – Cursos Autoinstrucionais de Extensão em Saúde Mental na Atenção Primária

CURSO	INÍCIO DAS INSCRIÇÕES E DO CURSO	ENCERRAMENTO DAS INSCRIÇÕES	ENCERRAMENTO DO CURSO
1. Uso nocivo de substâncias - Álcool. 30h	29/05/2018	25/09/2018	27/11/2018
2. Processos de trabalho colaborativo e as redes de atenção à saúde. 45h	26/06/2018	23/10/2018	18/12/2018
3. Tecnologias de cuidado integral em saúde 45h	24/07/2018	27/11/2018	29/01/2019
4. Saúde mental e o cuidado às doenças crônicas não transmissíveis. 15h	21/08/2018	18/12/2018	26/02/2019
5. Clínica da saúde mental na atenção primária em saúde – Transtornos mentais Comuns (TMC). 45h	25/09/2018	29/01/2019	26/03/2019
6. Transtornos mentais graves e persistentes – TMGP. 30h	23/10/2018	26/02/2019	30/04/2019

Fonte: A autora, 2019.

A descrição dos cursos autoinstrucionais de extensão em saúde mental na APS está descrita a seguir:

Curso 1 - Uso nocivo de substâncias – álcool

Descrição: Dentre os transtornos mentais mais prevalentes na atenção primária estão os relacionados ao uso de álcool e outras drogas, em especial o tabaco. São condições geralmente negligenciadas pelos profissionais da saúde da família, que se deparam com uma diversidade muito grande de situações relacionadas ao abuso ou dependência de substâncias.

O curso tem carga horária de 30h e foi ofertado na modalidade autoinstrucional. Este curso tem como objetivo descrever os transtornos mentais mais prevalentes relacionados ao uso do álcool, padrões de consumo e efeitos no organismo, caracterizando as principais abordagens terapêuticas para a assistência ao usuário que faz uso nocivo de álcool.

- a) **Carga Horária:**30 horas
- b) **Palavras-chave:** Atenção Primária a Saúde; Transtornos relacionados ao uso de álcool; Saúde mental.
- c) **Público Alvo:** profissionais de saúde de nível superior que atuam no SUS na atenção primária e na atenção especializada em saúde mental.

- d) **Nível do Curso que a Arouca disponibiliza:** Extensão
- e) **Modalidade que a Arouca disponibiliza para o cadastro do curso:**
Atualização
- f) **Vagas:**20.000

Curso 2 : Processos de trabalho e redes de atenção à saúde

Neste curso foram abordados os cuidados colaborativos em saúde mental na atenção primária e sua contribuição para a construção de um sistema de cuidado integral. Também foi descrito o que é apoio matricial e o processo de matriciamento enquanto modelo brasileiro de cuidados colaborativos, assim como o conceito de campo e núcleo.

Foram abordados também os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) e seu suporte a Estratégia de Saúde da Família - ESF, assim como o Plano Terapêutico Singular - PTS. Apresentamos a organização e os componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), os instrumentos para realização do apoio matricial: o conceito de tecnologias leves. Foram discutidas as modalidades de ações, como contato a distância, a interconsulta, a consulta conjunta, a visita domiciliar, e os grupos interdisciplinares.

- a) **Carga Horária:** 45 horas
- b) **Palavras-chave:** Atenção Primária a Saúde; Apoio matricial; Saúde mental
- c) **Público Alvo:** profissionais de saúde de nível superior que atuam no SUS na atenção primária e na atenção especializada em saúde mental.
- d) **Nível do Curso que a Arouca disponibiliza:** Extensão
- e) **Modalidade que a Arouca disponibiliza para o cadastro do curso:**
Atualização
- f) **Vagas:**20.000

Curso 3 – Técnicas de cuidado integral em saúde

Este curso visou apresentar as tecnologias do cuidado integral em saúde relacionadas ao manejo do paciente e família, considerando os aspectos relacionados à prática da integralidade a partir do modelo de cuidados colaborativos em saúde mental.

- a) **Carga Horária:** 45 horas
- b) **Palavras-chave:** Atenção Primária a Saúde; Família; Saúde mental; integralidade em saúde

- c) **Público Alvo:** profissionais de saúde de nível superior que atuam no SUS na atenção primária e na atenção especializada em saúde mental.
- d) **Nível do Curso que a Arouca disponibiliza:** Extensão
- e) **Modalidade que a Arouca disponibiliza para o cadastro do curso:** Atualização
- f) **Vagas:**20.000

Curso 4 – Saúde mental e o cuidado as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)

Este curso trabalhou a abordagem do profissional com os pacientes que apresentam condições crônicas. Não há dúvidas que as doenças crônicas e agravos não transmissíveis fazem parte da rotina do Médico de Família e Comunidade (MFC) e de muitos outros profissionais que trabalham na atenção primária, e sua condução, quando bem realizada, tem por consequência a diminuição do número de óbitos e dos gastos em saúde, bem como dos custos previdenciários por invalidez precoce.

- a) **Carga Horária:** 15 horas
- b) **Palavras-chave:** Atenção Primária a Saúde; acolhimento; família; assistência integral a saúde; Saúde mental
- c) **Público Alvo:** profissionais de saúde de nível superior que atuam no SUS na atenção primária e na atenção especializada em saúde mental.
- d) **Nível do Curso que a Arouca disponibiliza:** Extensão
- e) **Modalidade que a Arouca disponibiliza para o cadastro do curso:** Atualização
- f) **Vagas:**20.000

Curso 5 – Clínica da saúde mental na atenção primária – transtornos mentais comuns (TMC)

Este curso abordou o conceito de Transtornos Mentais Comuns (TMC), a sua relação com os determinantes sociais da saúde e principais formas de apresentação na atenção primária.

- a) **Carga Horária:** 45 horas
- b) **Palavras-chave:** Atenção Primária a Saúde; acolhimento; transtornos mentais comuns; assistência integral a saúde; Saúde mental
- c) **Público Alvo:** profissionais de saúde de nível superior que atuam no SUS na atenção primária e na atenção especializada em saúde mental.
- d) **Nível do Curso que a Arouca disponibiliza:** Extensão
- e) **Modalidade que a Arouca disponibiliza para o cadastro do curso:** Atualização
- f) **Vagas:**20.000

CURSO 6 – Transtornos mentais graves e persistentes (TMGP)

Este curso apresentou os transtornos mentais graves e persistentes (TMGP), em sua maioria, caracterizados por sua gravidade clínica associada à duração da doença, grau de sofrimento emocional, nível de incapacidade laborativa, prejuízos nas relações interpessoais e dinâmica familiar.

- a) **Carga Horária:** 30 horas
- b) **Palavras-chave:** Atenção Primária a Saúde; transtornos mentais; Saúde mental
- c) **Público Alvo:** profissionais de saúde de nível superior que atuam no SUS na atenção primária e na atenção especializada em saúde mental.
- d) **Nível do Curso que a Arouca disponibiliza:** Extensão
- e) **Modalidade que a Arouca disponibiliza para o cadastro do curso:** Atualização
- f) **Vagas:**20.000

Os E-books

Os E-books de saúde mental foram desenvolvidos a partir dos cursos autoinstrucionais para acesso offline do aluno por meio da biblioteca virtual “*Saite Store*”. A *Saite Store* (www.saitestore.com.br) foi criada e desenvolvida pelo Grupo Saite, que é um grupo de pesquisa registrado no CNPq, certificado pela UFMA, com ações nas áreas de saúde, inovação, tecnologia e educação.

Os E-books foram lançados concomitantes aos cursos como forma de possibilitar ao aluno o estudo offline no seu celular ou tablet e minimizar a dificuldade de baixa conectividade da internet no país. Os aplicativos se tornaram outra opção de acesso aos conteúdos, com eles bastava o aluno fazer o download do material uma vez, para acessar o conteúdo do Curso de forma offline. Todas as temáticas dos cursos estão disponíveis na Saite Store, nas versões IOS e Android.

O Game QUIZ

O Game – Quiz foi desenvolvido com o objetivo de criar um jogo eletrônico educativo sobre Saúde Mental na Atenção Primária a partir das questões de múltipla escolha do curso de capacitação, como instrumento de educação permanente em Saúde para os profissionais do SUS. O Game foi lançado após o curso como complemento educacional.

Figura 11 – Game-Quiz SM na APS



Priorizando a interatividade, em cada questão respondida o jogador tem um feedback de sua resposta, seja ela certa ou errada, estimulando a discussão em torno da temática.

4.4 A metodologia da análise do curso de Saúde Mental na Atenção Primária

4.4.1 O tipo de estudo

Foi realizado um estudo exploratório de modalidade quase experimental no período de janeiro de 2014 a maio de 2019, no qual foi desenvolvido, implementado e analisado um modelo de capacitação em saúde mental na atenção primária. A pesquisa para a análise do curso utilizou uma associação de metodologias qualitativas e quantitativas, dentro de uma proposta de triangulação de métodos.

4.4.2 Os sujeitos do estudo

Os sujeitos do estudo de análise do curso foram os 170 discentes do Estado do Maranhão, Rio de Janeiro e Região Amazônica selecionados para o curso por meio de edital público. Os profissionais tinham que possuir nível superior, vínculo com o SUS comprovado, trabalhar na Atenção Primária e/ou na Saúde Mental, possuir acesso à internet e ter conhecimentos básicos de informática, necessários para a realização do Curso.

As vagas foram pactuadas com as coordenações de saúde mental e atenção básica, bem como secretarias de saúde das regiões participantes (MA, RJ e RAM) e disponibilizadas no edital. O preenchimento das vagas foi realizado pela ordem de inscrição e comprovação dos documentos solicitados conforme o Edital N°15/2016 da Pró-Reitoria de Extensão, Cultura e Empreendedorismo da UFMA.

Foram incluídos na pesquisa todos os discentes do curso que consentiram a participação por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) apresentado antes do início do curso.

4.4.3 O local do estudo e a coleta dos dados

A capacitação foi realizada nos Estados do Maranhão (MA), Rio de Janeiro (RJ) e Região Amazônica (RAM) através do Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) compartilhado entre a UNASUS/UFMA e o LIPAPS/UERJ, local onde também foi realizada a coleta de dados.

4.4.4 Análise dos dados

Para a análise deste modelo de capacitação foram utilizados dois tipos de avaliação: avaliação da eficácia (análise quantitativa) e da aprendizagem (análise quantitativa e qualitativa).

Análise quantitativa

a) Avaliação da eficácia do curso (adesão e participação)

Para a avaliação de adesão e participação, foi contabilizado o número de acessos ao AVA, a realização das atividades no prazo e participação dos alunos nos fóruns de discussão.

b) Avaliação da aprendizagem no curso

A avaliação foi realizada com os 170 cursistas distribuídos em nove turmas de acordo com a região:

c) Estado do Rio de Janeiro (4 turmas)

- a) Turma 1: 19 alunos
- b) Turma 2: 18 alunos
- c) Turma 3: 17 alunos
- d) Turma 4: 19 alunos

d) Estado do Maranhão (3 turmas)

- e) Turma 5: 21 alunos
- f) Turma 6: 21 alunos

- g) Turma 7: 21 alunos
- e) Região Amazônica (2 turmas)
 - h) Turma 8: 19 alunos
 - i) Turma 9: 19 alunos

Para aferição do desempenho na atividade avaliativa de conteúdo foi extraído os aproveitamentos dos alunos realizados ao final de cada unidade de aprendizado. Foram utilizados questionários de múltipla escolha e a avaliação por pares com o objetivo de aferir o conhecimento adquirido após cada módulo do Curso.

Os instrumentos para a avaliação foram elaborados pelos professores conteudistas e pela equipe executora do projeto visando o conhecimento específico em saúde mental na atenção primária.

Questionários de múltipla-escolha

Foram elaborados, desenvolvidos e validados pedagogicamente, questionários avaliativos de múltipla escolha sobre as áreas temáticas do Curso de Capacitação em Saúde Mental na Atenção Primária referentes aos módulos 2 a 7. A definição e o planejamento dessas áreas temáticas foram condicionados a necessidade de formação dos profissionais de saúde na atenção primária, e ficaram a cargo da equipe executora deste estudo e os seus colaboradores.

Após a validação técnica dos questionários, realizada por dois professores psiquiatras com experiência em saúde mental na atenção primária e a validação pedagógica pela equipe executora deste projeto com experiência em EaD, esses questionários foram lançados no AVA. Esse ambiente de aprendizagem passou por um processo de validação, apresentando fácil navegação, facilitando o registro das respostas por parte dos cursistas e tutores participantes do projeto.

A validação do AVA foi realizada em um primeiro momento pela equipe de tecnologia da informação da UNASUS/UFMA que foi também a equipe desenvolvedora do ambiente, com posterior validação pela equipe pedagógica, onde foram validados todos os recursos educacionais disponibilizados.

Para medir o aprendizado (avaliação cognitiva) do aluno em cada módulo do curso foi calculado o escore (número de acertos) em cada avaliação, de acordo com o número de

questões. O desempenho de cada aluno foi mensurado pelo escore das avaliações realizadas ao final dos módulos.

O nível de habilidade do aluno, ao final do módulo, foi avaliado utilizando a Teoria de Resposta ao Item (TRI), a qual é aplicada primariamente a testes de habilidade ou de desempenho, e conhecimentos em testes de múltipla escolha⁸⁰.

A TRI permite ainda garantir que as habilidades estimadas, medidas a partir de um conjunto de itens (questões), sejam comparadas com outro conjunto na mesma escala, ainda que eles não sejam os mesmos e que haja quantidades diferentes de itens usados para o cálculo⁸⁰.

Foi realizada também uma avaliação do desempenho dos estudantes dos módulos 2 e 3 pela sua importância no curso. As análises estatísticas foram conduzidas utilizando o programa estatístico STATA MP versão 14.0. As variáveis numéricas foram apresentadas em média e desvio padrão (média \pm DP). As variáveis categóricas são apresentadas por frequências absolutas e percentuais.

O nível de satisfação com esses módulos (Módulos 2 e 3) também foi avaliado, a partir de um questionário de avaliação de recursos educacionais já implementado nos cursos da UNASUS/UFMA (ANEXO A). Esse questionário é estruturado e composto de 28 questões cujos itens utilizaram uma escala de tipo *Likert*, propiciando cinco opções de respostas (1, 2, 3, 4 e 5) pelas quais os entrevistados aferem a intensidade de sua satisfação com as situações propostas, sendo ótimo (5), bom (4), regular (3), insuficiente (2) e não li e não se aplica (1).

Os itens compreendiam a avaliação dos aspectos didático-pedagógicos, avaliação dos conteúdos e atividades, avaliação dos recursos educacionais e avaliação geral do módulo. Os discentes respondiam o instrumento após o término dos módulos de forma não obrigatória.

A escala *Likert* requer que os entrevistados indiquem seu grau de concordância ou discordância com declarações relativas à atitude que está sendo medida (Costa, 2011). Mattar (2001) explica que a cada item de resposta é atribuído um número que reflete a direção da atitude dos respondentes em relação a cada afirmação. A pontuação total da atitude de cada respondente é dada pela somatória das pontuações obtidas para cada afirmação. A cada item foi atribuída uma escala qualitativa e outra quantitativa⁸².

Análise qualitativa

A análise qualitativa foi realizada na avaliação entre pares e nos fóruns de discussão de conteúdo. As propostas de intervenção e as avaliações dos pares, bem como os relatos dos

discentes nos fóruns de discussão em cada módulo, foram analisados através da análise de conteúdo que busca os significados manifestos e latentes no material qualitativo, utilizando-se para isso de diversas técnicas, dentre as quais a análise temática.

Ao se utilizar a análise de conteúdo como técnica de tratamento de dados, foram adotadas normas sistemáticas para extrair os significados temáticos, favorecendo uma melhor compreensão das falas dos discentes nos fóruns e na avaliação por pares.

Bardin (2011) aponta que o critério fundamental da análise de conteúdo é a fragmentação singular do texto. Desta forma, as falas, transformam-se em texto e, a partir da utilização de suas unidades mais simples (palavras, termos ou frases), vão constituir uma síntese condensada da realidade, e revelam as sutilezas contidas nas mensagens⁸³.

A análise temática do material ocorreu em três momentos:

1. Pré-análise

As falas dos discentes nos fóruns e na avaliação por pares foram transformadas em texto com unidades de sentidos e significado. Uma leitura fluente, exaustiva e interrogativa desse material foi realizada, para apreensão das idéias centrais e determinação das unidades de registro (palavras-chave ou frases) e a constituição do Corpus. Foram determinadas as unidades de registros (palavras-chaves) e a unidade de contexto que é a compreensão dessas unidades de registros.

2. Fase de categorização-exploração do material

Constituiu em explorar o material, numa busca a fim de alcançar o núcleo de compreensão do texto. Para isso, procurou-se encontrar expressões ou palavras significativas em torno das quais as falas se organizaram para a ordenação das categorias empíricas. Estas foram pré-estabelecidas pelo campo teórico em função dos objetivos propostos; a partir daí, foram ordenados os núcleos de sentido que constituíram as categorias analíticas.

3. Análise dos resultados e interpretações

Após a identificação das categorias analíticas, foram realizadas interpretações e inferência, inter-relacionando-as com o quadro teórico em estudo, permitindo uma interface entre o estudado e o encontrado como resposta aos objetivos propostos.

A Avaliação por pares

O aprendizado foi também aferido pela avaliação por pares mediada por tutoria no último módulo do curso a partir de casos clínicos sobre uma família complexa para cada região. A avaliação por pares é um exemplo de metodologia ativa, que busca promover a interação por pares ou grupos de trabalho, onde está envolvido o poder de argumentação e a troca de experiência entre os alunos compartilhando ideias e novos conhecimentos entre os pares⁶⁴.

Morton (1995) e Jeffries et al. (2008) afirmam que a simulação específica à área da saúde é uma tentativa de reproduzir os aspectos essenciais de um cenário clínico para que, quando um cenário semelhante ocorrer em um contexto clínico real, a situação possa ser gerenciada facilmente e com êxito. E a saúde mental apresenta rica diversidade multiprofissional e interdisciplinar que envolve a construção de casos clínicos simulados^{84,85}.

Nesta perspectiva o estudo de caso permite a observação detalhada de um contexto, ou indivíduo, de uma única fonte de documentos ou de um acontecimento, podendo ter graus de dificuldade variáveis⁸⁶. E a preocupação em relação aos estudos de caso deverá ser a de perceber o que o caso sugere a respeito do todo e não o estudo apenas daquele caso⁸⁷.

4.4.5 Aspectos éticos

Por envolver uma pesquisa com seres humanos, este estudo foi submetido aos Comitês de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Presidente Dutra da Universidade Federal do Maranhão (HU/UFMA) sob o nº 1.822.096/2016 (Anexo B) e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro SMS/RJ sob o nº 1.910.624/2017 (Anexo C) para análise e aprovação. Somente após a aprovação do projeto, a pesquisa foi iniciada.

Foi apresentado aos discentes matriculados antes do início do curso um Termo de TCLE (APÊNDICE D) online e todos consentiram a participação na pesquisa. Os sujeitos deste estudo foram os 170 profissionais de saúde ingressantes no curso de capacitação dos estados do Maranhão, Rio de Janeiro e Região Amazônica.

Por também se tratar de uma pesquisa realizada de forma on line, o TCLE foi disponibilizado desta forma ao cursista. Por meio de programação, após acessar o AVA, o cursista visualizou uma janela na página inicial do Curso com o TCLE. O discente realizou a

leitura do documento e, caso aceitasse participar da pesquisa, ele informava tal concordância por meio do botão ACEITO PARTICIPAR, declarando a compreensão de seus objetivos, a forma como a pesquisa seria realizada e os benefícios envolvidos.

Esta ação de aceitação resultou no envio automático de uma cópia do TCLE, em extensão pdf, para o endereço eletrônico informado pelo usuário (e-mail utilizado para o cadastro no AVA) ao final do documento. Concomitantemente foi enviado também de modo automatizado o mesmo documento para banco de dados cadastrado no AVA em questão para o pesquisador. Tal ação se configura na emissão de duas vias do documento, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador, respectivamente. Ressalta-se, ainda, que o documento contou com a assinatura digital do pesquisador.

Considerando que para etapa de coleta de dados os sujeitos do estudo são seres humanos, obedecemos ao previsto na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL. Resolução CNS-MS nº 466/12).

A participação dos cursistas no estudo foi voluntária, sendo explicado que o não-consentimento ou a retirada do mesmo (esta última em qualquer etapa do estudo) poderia ocorrer sem prejuízo algum para o entrevistado.

5 RESULTADOS

5.1 Avaliação da eficácia e da aprendizagem no curso de capacitação

5.1.1 Avaliação da eficácia

Adesão e Participação

Foi avaliada a partir do acesso ao ambiente virtual de aprendizagem e participação nas atividades somativas – questionário de múltipla escolha ao final dos módulos e avaliação por pares, assim como nos fóruns de discussão.

Sobre o acesso aos módulos verificamos que o módulo com maior número de acessos pelos estudantes foi o módulo sobre o matriciamento com 19468 acessos (Quadro 4) e com uma média de acessos, que é a média de acesso ao módulo dividida pelo número total de alunos, sendo comparada apenas ao módulo da avaliação por pares, com média de acessos de 113.

Quadro 4 – Número de acessos por módulo

Módulo	Acessos	Média
M2 – Processos de trabalho colaborativo em SM na APS	19468	113
M3 – Tecnologias do cuidado integral em saúde	11356	65
M4 – Clínica da SM na APS (TMC)	8532	95
M5 – Transtornos mentais graves e persistentes (TMGP)	4985	58
M6 – Uso nocivo de substâncias - Álcool	4176	49
M7 – SM e as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)	2782	38
M8- Caso clínico (Avaliação entre Pares)	8258	113

Sobre a participação nas atividades, observou-se que no questionário de múltipla escolha, os alunos tiveram maior participação no módulo de matriciamento, o módulo 2 (Quadro 5). Nos fóruns de discussão a maior participação foi também no módulo de matriciamento, onde foi realizada uma análise qualitativa descrita no primeiro artigo deste estudo.

A realização da atividade de construção de um mapa de rede de cuidados foi executada pelos discentes com dificuldade. Houveram dificuldades no entendimento da atividade sobre que tipo de rede construir, apesar das instruções iniciais em cada módulo. Os alunos também apresentaram problemas na realização do download e upload da atividade.

Diante das dificuldades expostas pelos discentes, os tutores realizaram orientações e um tutorial sobre a atividade, com detalhamento de cada etapa foi elaborado e disponibilizado. No entanto, as dificuldades com o manejo tecnológico pela maioria dos alunos permaneceu e a atividade não foi incluída nos cursos autoinstrucionais de extensão. Essa atividade tinha um cunho formativo para os alunos identificarem e visualizarem melhor a rede de cuidados dos casos e da sua região e discutirem com seus tutores e seus pares nos fóruns.

Quadro 5 – Participação no questionário online

PARTICIPAÇÃO NO QUESTIONÁRIO ONLINE					
Módulo 2	Módulo 3	Módulo 4	Módulo 5	Módulo 6	Módulo 7
114	94	78	74	72	72

Fonte: A autora, 2019.

5.1.2 Avaliação da Aprendizagem

As avaliações do curso foram a avaliação de múltipla escolha e a avaliação por pares. Iniciaram o curso 170 profissionais de saúde de três regiões brasileiras: Estado do Maranhão - MA (n= 63), Estado do Rio de Janeiro - RJ (n= 73) e Região Amazônica - RAM (n=34). Dentre estes 170 alunos, 68 (40%) foram aprovados, 53 (31%) reprovados e 49 (28%) alunos foram considerados evadidos (desistentes). A taxa evasão (TE) foi calculada da seguinte forma: número de evadidos/número de matriculados x 100. $TE = 49/170 = 0,28 \times 100 = 28\%$.

O Quadro 6 apresenta o número de alunos distribuído por turma/região, o número total de alunos em cada módulo, aprovados, reprovados e os alunos que precisaram fazer a reposição do módulo.

Quadro 6 - Distribuição de alunos por módulo

				T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8	T9
Módulo	Total	Repos	Reprov	RJ	RJ	RJ	RJ	MA	MA	MA	AM	AM
M1	170	0	0	19	18	17	19	21	21	21	19	19
M2	170 (159+11) *	11	0	19	18	15	18	19	20	19	15	16
M3	170 (158+12) *	12	0	17	17	15	19	19	20	20	16	15
M4	85	0	01	08	08	07	08	11	12	13	10	08
M5	84	0	0	08	08	07	08	11	12	13	09	08
M6	84	0	12	08	08	07	08	11	12	13	09	08

M7	72	0	0	06	06	07	07	11	10	09	09	07
M8	72	0	04	06	06	07	07	11	10	09	09	07
Total: 68 aprovados												

M2* - 159 (número de alunos nas turmas) e 11 (alunos de reposição somente no módulo 2 e de reposição nos módulos 2 e 3)

Fonte: A autora, 2019.

Os módulos 2 e 3 foram os módulos básicos do curso e pré-requisitos para os outros. Nestes módulos foi permitido ao aluno cursar os dois juntos e realizar também as reposições, quando necessárias, também concomitantes, como forma de auxiliar na aprendizagem. Nos módulos seguintes a reposição não foi uma alternativa considerada em função do prazo estabelecido para o término do curso.

Iniciaram o módulo 2, 170 alunos e 159 alunos foram aprovados. Após a avaliação, 11 alunos precisaram fazer reposição porque não atingiram a média 70,0 para aprovação. Destes 11 alunos, 7 alunos ficaram de reposição somente no módulo 2 e 4 alunos ficaram de reposição nos módulos 2 e 3, totalizando 11 alunos.

No módulo 3, 170 alunos também iniciaram as atividades. Destes alunos, 158 foram aprovados e 12 precisaram de reposição. Os 12 alunos são referentes a 8 alunos que repuseram somente o módulo 3 e 4 alunos que repuseram ambos os módulos 2 e 3.

Após a reposição dos módulos básicos (módulo 2 e 3), 85 alunos iniciaram o módulo 4, com 01 reprovação. O módulo 5 iniciou suas atividades com 84 alunos e todos os alunos foram aprovados para o módulo seguinte.

O módulo 6 iniciou com 84 alunos e 12 alunos não obtiveram média para aprovação, totalizando 72 alunos para iniciarem o módulo 7. Após a avaliação todos os 72 alunos do módulo 7 foram aprovados.

O módulo 8 onde ocorreu a avaliação por pares iniciou a atividade com 72 alunos e obteve 04 reprovações. Essas reprovações foram referentes 03 alunos do Maranhão, que não enviaram as duas etapas da atividade e 01 aluno do Rio de Janeiro, que não enviou a 2ª etapa da atividade que era avaliar um outro colega. Foram aprovados 27 alunos do Maranhão, 25 do Rio de Janeiro e todos os 16 alunos da Região Amazônica que iniciaram o módulo, totalizando 68 alunos aprovados.

O prazo para realização do módulo 8 foi maior que os demais módulos, que tinham duração em média de 1 mês e 10 dias. Para esse módulo, acrescentamos mais 10 dias em função da inovação da atividade que poderia apresentar maior dificuldade para os alunos.

Foi realizada uma avaliação utilizando as notas (0 a 100) dos módulos 2 e 3, considerando que esses módulos foram pré-requisitos básicos para os demais módulos. Para

verificar se houve diferença significativa no desempenho dos alunos entre os referidos módulos, foi realizado o teste t-student para amostras pareadas, com nível de significância de 5%. Foram incluídos apenas os alunos que obtiveram notas nos dois módulos (n=80).

Com relação ao desempenho dos alunos, a nota média do módulo 2 foi de 8,25 ($\pm 1,57$) e no módulo 3 a nota média foi de 8,7 ($\pm 1,80$). Quando comparadas as notas dos módulos não houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,1217$).

O perfil sócio-demográfico dos alunos foi obtido a partir de um questionário sobre as práticas assistenciais (APÊNDICE E), onde o preenchimento foi solicitado durante os três primeiros módulos de forma não obrigatória, e foi utilizada também a ficha de inscrição do aluno.

Dos 170 alunos de três regiões do Brasil, 145 (85,3%) foram do sexo feminino, tendo a faixa etária variando de 20 a 65 anos. Com relação as categorias profissionais encontradas e formação 58 (38,4%) eram enfermeiros, 36 (19,1%) possuíam especialização por meio da EAD. Com relação à experiência em atenção em saúde, 88 (60,3%) tinham experiência na Atenção Básica ou Estratégia de Saúde da Família (ESF) conforme a Tabela 1.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos alunos do curso

Variáveis	N	%
Idade (anos)		
<30	45	26,5
30-39	82	48,2
40-49	28	16,5
≥ 50	15	8,8
Sexo		
Feminino	145	85,3
Masculino	25	14,7
Categoria profissional		
Enfermagem	56	38,4
Psicologia		21,2
Medicina	20	13,7
Serviço social	18	12,3
Terapia Ocupacional	12	8,2
Nutrição	04	2,7
Outras	05	3,4
Possui curso de pós-graduação		
Especialização presencial	84	44,7
Especialização EaD	36	19,1
Residência	19	10,1
Mestrado	14	7,4
Doutorado	01	0,53
Não se aplica	34	18,1
Experiência em atenção em saúde		
Atenção Básica ou ESF	88	60,3
NASF	39	26,7
Ambulatório de Saúde Mental	32	21,9
Policlínica	12	8,2

CAPS I	22	15,1
CAPS II	20	13,7
CAPS III	06	4,1
CAPS AD	20	13,7

Fonte: A autora, 2019.

Avaliação do nível de satisfação com os recursos educacionais dos módulos do curso

Dentre os oito módulos, optou-se por apresentar os resultados dos módulos considerados básicos e pré-requisitos para os demais, que foram os módulos dois e três, referentes ao processo de trabalho colaborativo em saúde mental na atenção primária e técnicas do cuidado integral em saúde respectivamente.

A tabela 2 apresenta a avaliação realizada dos recursos educacionais utilizados. Considerando que era facultativo a avaliação de cada módulo, não foi possível obter respostas de todos alunos.

Dentre os discentes que responderam, observa-se que o livro online do módulo três obteve 54,5% de aprovação em relação ao livro do módulo dois. Com relação aos demais itens avaliados o módulo três mostrou-se também melhor avaliado quanto ao fórum de discussão, questionário de múltipla escolha e atividade de mapa de rede. O módulo dois apresentou uma pontuação maior no item questões norteadoras com 33,3%, sendo considerado ótimo.

Tabela 2 – Avaliação dos recursos educacionais

Variável	Módulo	Avaliação				
		Ótimo	Bom	Regular	Insuficiente	Não se aplica
Livro online	M2	11 (45,8%)	11(45,8%)	1 (4,1%)	-	1 (4,1%)
	M3	12 (54,5%)	9(40,9%)	1 (4,5%)	-	-
Fórum de discussão.	M2	5 (20,8%)	15 (62,5%)	4 (16,6%)	-	-
	M3	5 (22,7%)	15 (68,1%)	2 (9,0%)	-	-
Questionário	M2	8 (33,3%)	14 (58,3%)	2 (8,3%)	-	-
	M3	9 (40,9%)	13 (59,0%)	-	-	-
Atividade – Mapa de Rede	M2	6 (25,0%)	12 (50,0%)	4 (16,6%)	1 (4,17%)	1 (4,1%)
	M3	7 (31,8%)	6 (27,2%)	8 (36,3%)	-	1(4,5%)
Questões norteadoras	M2	8 (33,3%)	15 (62,5%)	1 (4,1%)	-	-
	M3	7 (31,8%)	13 (59,0%)	1(4,5%)	1 (4,5%)	-
AVA – acesso e funcionalidade	M2	13 (54,1%)	9 (37,5%)	2 (8,3%)	-	-
	M3	13 (59,0%)	9 (40,9%)	-	-	-

Adequação dos recursos às atividades	M2	15 (62,5%)	9 (37,5%)	-	-	-
	M3	13 (59,0%)	9 (40,9%)	-	-	-
Avaliação geral do módulo	M2	15 (62,5%)	8 (33,3%)	-	1 (4,1%)	-
	M3	10 (45,4%)	12 (54,5%)	-	-	-

Fonte: A autora, 2019.

Foi realizada também uma avaliação sobre os tutores, onde observou-se que o módulo onde obteve-se melhor avaliação foi o módulo 3 (Tabela 3). No item feedback das atividades, o módulo dois destacou-se sendo considerado ótimo com 48,5 %.

Tabela 3 – Avaliação dos tutores segundo os discentes

Variável	Modulo	Avaliação				
		Ótimo	Bom	Regular	Insuficiente	Não se aplica
Domínio do conteúdo	M2	9 (37,5%)	12 (50,0%)	2 (8,3%)	1 (4, 1%)	-
	M3	11 (50,0%)	11 (50,0%)	-	-	-
Integração teoria e prática – mediação da aprendizagem.	M2	5 (20,8%)	14 (58,3%)	4 (16,6%)	1 (4,1%)	-
	M3	10(45,4%)	10 (45,4%)	2 (9,1%)	-	-
Valorização de conhecimentos prévios e articulação com o conteúdo.	M2	8 (33,3%)	13 (54,1%)	3 (12,5%)	-	-
	M3	13 (59,0%)	7 (31,8%)	2 (9,1%)	-	-
Incentivo a participação, diálogo e trocas de experiências.	M2	10 (41,7%)	12 (50,0%)	2 (8,3%)	-	-
	M3	12 (54,5%)	10 (45,4%)	-	-	-
Feedback das atividades.	M2	11 (45,8%)	10 (41,6%)	3 (12,5%)	-	-
	M3	8 (36,3%)	12(54,5%)	2 (9,0%)	-	-
Desempenho geral	M2	10 (41,6%)	11 (45,8%)	3 (12,5%)	-	-
	M3	13 (59,0%)	9 (40,9%)	-	-	-

Fonte: A autora, 2019.

Sobre a avaliação do conteúdo (Tabela 4) verifica-se que os dois módulos apresentam pouca diferença na maioria das variáveis investigadas. Entretanto na variável carga-horária o módulo 2 mostrou uma avaliação percentual de menor expressão quando comparada ao módulo 3.

Tabela 4 – Avaliação do conteúdo dos módulos 2 e 3

Variável	Modulo	Avaliação				
		Ótimo	Bom	Regular	Insuficiente	Não se aplica
Pertinência, atualidade e inovação	M2	15 (62,5%)	8 (33,3%)	1 (4,1%)	-	-
	M3	13 (59,0%)	9 (40,9%)	-	-	-
Carga-horária.	M2	7 (29,1%)	15 (62,5%)	2 (8,3%)	-	-
	M3	10(45,4%)	11 (50,0%)	1 (4,5%)	-	-
Organização e distribuição das atividades	M2	8 (33,3%)	15 (62,5%)	1 (4,1%)	-	-
	M3	8 (36,3%)	12 (54,5)	2 (9,0%)	-	-
Coerência das atividades com o planejamento	M2	12 (50,0%)	12 (50,0%)	-	-	-
	M3	12 (54,5%)	8 (36,3%)	2 (9,0%)	-	-
Importância para a prática profissional	M2	18 (75,0%)	5 (20,8%)	1 (4,1%)	-	-
	M3	18 (81,8%)	4(18,1%)	-	-	-

Fonte: A autora, 2019.

A avaliação por pares

A avaliação por pares foi realizada no último módulo do curso com 72 alunos e com mediação dos tutores. Esse número corresponde a 26 alunos do Rio de Janeiro, 30 alunos do Maranhão e 16 alunos da Região Amazônica.

A atividade foi concluída por 68 alunos, sendo 25 alunos do RJ, 27 alunos do Maranhão e 16 alunos da Região Amazônica. Foram reprovados 04 alunos referentes ao RJ (1 aluno) e Maranhão (4 alunos) por não enviarem um etapa e ambas as etapas da atividade respectivamente.

Resultados qualitativos

Fóruns de discussão

Foram analisados os fóruns de discussão dos módulos 2 a 7 e os núcleos temáticos identificados em cada módulos serão apresentados a seguir:

Módulo 2 – Processos de trabalho colaborativo em saúde mental na atenção primária

A análise dos fóruns do módulo 2 foi objeto de avaliação do primeiro artigo deste estudo e está descrita no item 4.3 referente aos produtos da tese. Nesta análise, foram identificados cinco núcleos temáticos: O cuidado em saúde mental na APS como parte do cuidado integral; Construção de Rede; O processo de trabalho do matriciamento, modelos e desconhecimentos; Problemas específicos; Questões sobre a EaD: módulo de matriciamento.

Módulo 3 – Tecnologias de cuidado integral em saúde

Os fóruns do módulo 3 revelaram 3 categorias temáticas: aspectos do cuidado integral, a prática do matriciamento e a atividade de mapa de rede.

Aspectos do cuidado integral

Sobre os aspectos do cuidado integral, a escuta e o acolhimento foram apontados como práticas importantes para a integralidade do cuidado. A fala abaixo nos mostra a importância de considerarmos a experiência subjetiva do adoecer, sendo a escuta um importante instrumento para isso.

“...vejo que a prática da escuta do outro é capaz de traduzir o cuidado integral por incorporar a subjetividade das pessoas. Os sintomas subjetivos são aqueles percebidos só pelo sujeito adoecido. (Psicóloga NASF - RJ)

A falta de tempo para os atendimentos foi considerada também como uma das dificuldades para a realização do cuidado integral e o contato entre as equipes da ESF e do NASF.

“Verifico na prática, profissionais muito assoberbados com suas agendas lotadas e tendo que fazer um grande esforço para ofertar uma escuta acolhedora pautada na atenção integral. O acúmulo de funções na APS pode enfraquecer a integralidade e favorecer condutas reducionistas e focadas na doença”. (Médica ESF – RJ)

Outro aspecto que apareceu nas falas dos discentes do Maranhão foi sobre as relações transferenciais e contratransferenciais, consideradas como fator de comprometimento na condução dos casos e de fragilidade nos vínculos.

“O mais importante na minha opinião é que aos poucos identifiquemos que esses sentimentos desencadeados pelos casos que atendemos na clínica tem conteúdo internos nossos, pois assim evitamos impor nossas convicções e decisões pessoais e não conseguimos de fato instituir o conceito da clínica ampliada”. (Médico CAPS – MA)

A dificuldade em perceber as relações transferenciais também foi verificada, como ilustra a fala da enfermeira abaixo:

“Sobre a transferencia e contranferencia que a usuária e a profissional apresentam, eu realmente tenho dificuldade de entender ou tenho pouca habilidade em identificar quando a paciente esta fazendo transferência”. (Enfermeira ESF – MA)

Os alunos da RAM apontaram a importância das capacitações para a realização do cuidado integral.

“O primeiro passo para o sucesso da equipe de saúde é uma capacitacao sobre cuidado e acolhimento, pois a maioria não sabe ouvir o paciente”. (Farmacêutica ESF – RAM)

A prática do matriciamento

A prática do matriciamento foi abordada nas três regiões, onde verificou-se os benefícios na qualificação do atendimento e a presença da lógica dos encaminhamentos. A

fala da nutricionista nos revela como as discussões de caso com o psicólogo auxiliaram na ampliação da sua abordagem ao paciente.

“Em minhas abordagens com pacientes hipertensos e diabéticos, percebia que as minhas perguntas e diálogo com o paciente ficavam muito mais restritos à nutrição e esperava que o paciente se abrisse mais, mas com a presença do psicólogo nas interconsultas ou discussão de casos, percebia uma outra realidade muito mais complexa e percebi que dependia de mim também para que minha abordagem fosse mais ampla”. (Nutricionista NASF – RJ)

Por outro lado, os encaminhamentos mostram-se presentes em situações que poderiam ser manejadas com o auxílio do matriciador. A articulação com outros dispositivos da rede é muito importante, mas muitos problemas de saúde mental podem e devem ser atendidos na APS e o apoio do matriciador deve ser solicitado.

“...podemos ajuda-lo, encaminhando para o CAPS ou reuniões de alcoólicos anônimos”. (Enfermeira CAPS – MA)

“...uma das apoiadoras da minha equipe da ESF. Tenho a sorte de poder compartilhar com ela e alguns outros profissionais do NASF e da equipe da CF o cuidado de vários pacientes. Com certeza, isto diminui a sensação de sobrecarga e sinto que aprendo imensamente compartilhando com a equipe NASF. (Médica ESF – RJ)

Atividade de mapa de rede

A atividade de construção de uma rede de cuidados mostrou-se um entrave para muitos discentes em razão do manejo tecnológico. Mas por outro lado, auxiliou na visualização e ampliação da rede de cuidados.

“Após terminar a tarefa do mapa de rede de Angélica comecei a pensar em quantas alternativas temos para buscar ajuda aos usuários que nos procuram”. (Enfermeira ESF – MA)

“Mais uma vez apresentei inúmeras dificuldades para fazer o mapa de rede. Percebi que no módulo 2, o meu mapa foi em branco. Porém, eu fiz. Não sei o que houve”. (Médica ESF – RJ)

Módulo 4 – Clínica da saúde mental na atenção primária – Transtornos Mentais Comuns

Neste módulo, muitos alunos revelaram conhecimento sobre os TMCs e sua identificação nos casos assistidos. Mas um número grande de alunos relataram dificuldade em reconhecer esses quadros e manejá-los corretamente, evidenciando uma prática centrada na queixa do paciente e a medicalização como resolução do problema.

“Essa questão da barreira profissional ainda é muito evidente, principalmente quando há um distanciamento no cuidado, numa pratica centrada na queixa ou no médico, donde frequentemente o paciente sai do consultório com a prescrição inadequada de um BZD e um encaminhamento inoportuno”.(Médico ESF – RJ)

“...profissionais não estão capacitados para esse tipo de atendimento, pois o paciente muitas vezes é taxado como "chato". Principalmente quando não apresenta nenhum problema orgânico”. (Enfermeira ESF – MA)

“Os TMC's muitas vezes são negligenciados na APS, observando-se que os pacientes em sofrimento psíquico muitas vezes são taxados como poliqueixosos e responsáveis por seus sintomas”. (Médico CAPS – MA)

Os relatos também apontam a importância da articulação com outros serviços para a realização do cuidado. Essas articulações podem ser tanto com a rede intersetorial como a utilização dos recursos comunitários.

“Como percebemos que os TMC estão relacionados às questões psicossociais, que geram vulnerabilidades no contexto familiar... Nesses casos, estabelecer parcerias com os serviços da rede com o intuito de articular ações compartilhadas possibilitará a ampliação das alternativas de cuidado”. (Enfermeira ESF – RJ)

Os grupos também apareceram como intervenção de cuidado aliado ao matriciamento, apresentando bons resultados como evidencia a fala da médica a seguir:

“Na minha unidade, a psicóloga do NASF criou um grupo para atender determinados casos de TCM. Discutimos os casos no matriciamento, ela marca uma interconsulta e posteriormente encaminha para o grupo. Alguns pacientes aderem a proposta. Percebi que pacientes q participam do grupo, procuram menos atendimento por demanda livre”. (Médica ESF – RJ)

A atenção primária é o local ideal em que o manejo clínico dos pacientes com TMC consegue ser efetivado através de uma equipe multiprofissional e que saiba trabalhar de forma interdisciplinar. No entanto, a realidade apontada na fala abaixo, em que os serviços especializados (CAPS III) ficam sobrecarregados com casos de TMC é muito frequente em nosso País. Deve-se por isso aprimorar a articulação entre a saúde mental e a atenção primária, tornando-a mais resolutiva para casos de TMC.

“O que observo em Manaus é que a maioria dos casos que teriam uma resolutividade na atenção básica acabam sendo encaminhados para a atenção especializada... Com isso essas demandas de saúde mental mais leves acabam sendo acompanhadas pelos CAPS’s ocasionando uma superlotação nestes serviços”. (Enfermeira CAPSIII -RAM)

Módulo 5 – Transtornos mentais graves e persistentes – TMGP

Nos relatos deste módulo, destaca-se a importância da APS na identificação de casos de TMGP como relata a fala abaixo e a oferta de cuidado também as famílias desses pacientes. As intervenções familiares são necessárias para que a família aceite o adoecimento e colabore com tratamento. No entanto, a abordagem a família é necessária também para auxiliar no enfrentamento das vulnerabilidades sociais e fortalecimento do vínculo entre seus membros.

“Com a rápida expansão da ESF na área em que atuo, muitos novos casos graves em saúde mental foram identificados, sem tratamento e com laços sociais e familiares rompidos ou muito fragilizados”. (Médica ESF – RJ)

“Os territórios são marcados por todos os tipos de violência, falta de recursos, confrontos armados diários...Diante desse cenário, verificamos que o ambiente familiar dos pacientes com transtornos mentais graves e persistentes é muito crítico e estressante”. (Enfermeira ESF – RJ)

Outro ponto abordado foi o difícil manejo de pacientes em agitação e seus familiares. O lidar e manejar com a agitação de alguns pacientes é um grande desafio para os profissionais da ESF e para as famílias também. E como boa parte das pessoas não entende muito bem o que está acontecendo e nem percebe que o paciente precisa de ajuda, são muito frequentes as ameaças e agressões. Nestes momentos, o papel do profissional da ESF e do

matriciador atuando em conjunto é fundamental para o manejo do quadro clínico e a intervenção junto à família, apoiando e buscando amenizar conflitos.

“O manejo mais complicado é lidar com pacientes agitados e sendo ameaçado pelos seus familiares”. (Enfermeiro ESF – MA)

“Quando se trata de transtornos mentais, há alguns sintomas que ao se mostrarem no discurso do paciente e caso não estejamos atentos podem passar despercebidos, considerando que por vezes alguns desses sintomas se mostram de forma muito sutil”.(Psicóloga NASF – MA)

A fala acima nos remete que as alterações do pensamento podem ter essa sutileza, pois quando o discurso não está muito desorganizado, as idéias mesmo delirantes, podem fazer algum sentido. E nesses casos a presença de um familiar poderia ajudar no esclarecimento. Outro ponto importante, é a avaliação de duas funções mentais que podem estar alteradas na ocorrência de um TMGP: pensamento e sensopercepção, que expressam suas alterações através dos delírios e alucinações.

Módulo 6 – Uso nocivo de substâncias – Álcool

O uso nocivo do álcool é um dos principais problemas de saúde e é comumente encontrado no cenário dos cuidados primários. Nestes, as chances de prevenção/redução de danos e intervenção precoce são bem maiores, no entanto, muitas vezes os profissionais da APS não se sentem preparados para lidar com esses problemas.

“O manejo dos casos em relação ao uso nocivo do álcool na Atenção Primária ainda é um desafio porque os profissionais da ESF não foram capacitados na sua formação. Apresentam um certo afastamento dos casos devido a insegurança.(Enfermeira ESF – MA)

“Dentro do espaço da APS vejo que de certa forma o uso nocivo e os episódios de intoxicação, por não serem socialmente valorados como danosos, muitas vezes enxergados como naturais em quem faz uso de bebidas alcólicas, prejudica o correto dimensionamento do problema que envolve o uso e abuso de álcool, retardando por vezes a procura por assistência”. (Médico ESF – RJ)

Um importante aspecto do cuidado ao paciente com uso problemático de álcool na APS envolve a articulação com a rede intersetorial, como por exemplo a escola, como estratégia de cuidado, bem como o envolvimento da família nesse processo de cuidar. O conhecimento do contexto, da dinâmica familiar do paciente nos auxilia na elaboração de intervenções mais eficazes.

“Esse tema é muito comum e interessante ser trabalhado em conjunto com as escolas também. O caso mostra toda uma família envolvida com uso de substâncias nocivas e nos chama atenção da abordagem familiar como é importante, como é enriquecedora a visita domiciliar e sem pressa poderemos entender um pouco da história dessa família, entender cada indivíduo e poderemos traçar as intervenções. (Psicóloga NASF – RJ)

Módulo 7 – Saúde mental e as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)

As doenças crônicas não transmissíveis fazem parte do cotidiano da APS e representam um dos seus maiores desafios. Muitas destas condições dependem de uma abordagem centrada na pessoa pois envolvem a questão do estilo de vida dos indivíduos que nem sempre são de fácil manejo. Além disso, são condições que necessitam de atenção continuada e de adesão ao tratamento. O acolhimento, nestes casos, é uma estratégia fundamental.

“...os problemas psicossociais associados a condições crônicas não transmissíveis trazem uma complexidade no acompanhamento na atenção primária em saúde. Um dos desafios é a adesão aos tratamentos propostos de forma contínua. Os profissionais apresentam ainda muitas dificuldades nas abordagens e condução nessas situações crônicas”. (Enfermeira ESF – RJ)

“No caso exposto ficou notório a importância do acolhimento. Sem uma boa escuta qualificada deixamos passar casos importantes e acabamos perdendo o paciente. As doenças crônicas estão diretamente ligadas a saúde mental, sendo esta a causa base diversos casos”. (Enfermeiro ESF – RAM)

A atenção às pessoas portadoras de doenças crônicas torna-se ainda mais complexa, especialmente quando associadas aos transtornos mentais. Muitos problemas que envolvem a esfera emocional e subjetiva, acompanham as pessoas de forma crônica e se relacionam

integralmente com o bem-estar físico. Nesse sentido, é importante enquadrar e valorizar as doenças mentais também como doenças crônicas e não transmissíveis.

“Estou atendo um caso na minha unidade de um paciente diabético que tem depressão e está sendo muito difícil fazer ele aderir ao tratamento”. (Médico ESF – MA)

O relato abaixo nos mostra a revelância do conhecimento da história de vida e de adoecimento dos pacientes e o significado da experiência do adoecer para a realização de um cuidado centrado na pessoa. É necessário entender o paciente integralmente e realizar prescrições necessárias de acordo com as demandas individuais.

“... muitas vezes achamos que fazemos tudo para o paciente solicitando exames, orientando e receitando e agendando consultas que acaba as vezes ficando no automatico e nos deparamos com um numero alto de usuários descompensados. Entao começamos a perceber que o paciente trás com ele toda uma historia que deve ser ouvida para que se construa o vinculo a empatia entre ambos...” (Médica ESF – MA)

Atividade de Avaliação por pares

A análise qualitativa da avaliação por pares (P2P) está descrita no item 4.3 e foi objeto de estudo do artigo 2 deste trabalho. As propostas de intervenção de 12 profissionais de saúde de categorias distintas e as avaliações dos seus pares foram analisadas, resultando em 5 categorias: realização da avaliação P2P, abordagem integral do cuidado, intervenções terapêuticas, rede de cuidado e suporte e prática do apoio matricial (AM).

Como resultados, a avaliação P2P teve adesão de mais 90%, mas houveram dificuldades com as instruções iniciais. A abordagem integral foi realizada as famílias, assim como o acolhimento e o vínculo foram priorizados nas respostas dos discentes. Foram encontradas dificuldades na avaliação do uso nocivo de álcool e gerenciamento de casos. O conhecimento sobre o matriciamento foi verificado, mas foi pouco utilizado.

5.2 Os cursos Autoinstrucionais e o Game Quiz em Saúde Mental na APS

Os cursos Autoinstrucionais (AI)

Foi expressivo o número de matrículas nos cursos AI, totalizando mais de setenta e cinco mil inscritos. Tal número (Quadro 7) nos confirma a crescente busca por qualificação em saúde mental na APS e que a EAD oportuniza esse aprendizado.

Pode-se observar conforme Quadro 7, que o curso com maior número de matrículas foi o curso sobre os transtornos mentais graves e persistentes, que é um curso focado na parte clínica, demonstrando a dificuldade das equipes da APS no cuidado a estes pacientes.

O curso que obteve o menor número de matrículas foi o de técnicas do cuidado integral, considerado um dos módulos básicos do curso mediado por tutoria. Observou-se também que o curso sobre o processo de matriciamento foi um dos cursos que apresentou o menor número de inscritos, mesmo sendo este básico para o cuidado em saúde mental na atenção primária.

Quadro 7 – Dados quantitativos cursos autoinstrucionais

Curso	Inscritos	Aprovados %	Reprovados %
Curso 1 – Uso nocivo de substâncias - álcool	16.429	32,2%	67,8%
Curso 2 – Processos de trabalho e redes de atenção a saúde	8.827	30%	70%
Curso 3 – Técnicas do cuidado integral em saúde	8.200	33,2%	66,8%
Curso 4 – Saúde mental e o cuidado as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)	9.744	35,3%	64,7%
Curso 5 – Clínica da saúde mental na atenção primária – transtornos mentais comuns (TMC)	12.183	34,4%	65,6%
Curso 6 – transtornos mentais graves e persistentes (TMGP)	20.213	27%	73%
Total inscritos	75.596		

Fonte: A autora, 2019.

Outros dados importantes sobre os cursos AI foram coletados via o Sistema UNASUS nacional referente a Plataforma Arouca, que é o Sistema de Informação dos Profissionais de

Saúde do Brasil e local onde os cursos AI foram ofertados. Dados referentes ao mês de abril do corrente ano, apontam que os cursos AI em saúde mental, com exceção do curso sobre álcool que foi o 1º a ser ofertado e as matrículas tinham sido encerradas, contemplaram 3.655 municípios brasileiros, contempladas 435 Regiões de Saúde e 27 Unidades da Federação.

O Game Quiz

Os resultados do game foram obtidos pelo número de instalações realizadas, ou seja a quantidade de vezes que realizaram download do game nas lojas virtuais dos sistemas Android e IOs. O game foi lançado após a finalização do curso como recurso educacional complementar e desde o seu lançamento até o mês de maio de 2019 foram realizadas mais de mil instalações.

Além dos resultados supracitados, um resultado importante foi contribuição no desenvolvimento de recursos educacionais em saúde mental na atenção primária. Todos os recursos utilizados nos cursos estão disponibilizados na Plataforma ARES do Ministério da Saúde, que é de domínio público. Os textos e os vídeos com os casos clínicos por exemplo, estão disponíveis para download por qualquer pessoa, bastando acessar o site da plataforma.

A Plataforma ARES (Acervo de Recursos Educacionais em Saúde) conforme Figura 12, é o repositório educacional digital da UNA-SUS onde ficam armazenados e disponíveis para busca e recuperação os recursos educacionais em saúde produzidos pelas instituições que compõem o Sistema UNA-SUS.

Figura 12 - Plataforma ARES

The screenshot shows the ARES platform interface. At the top, there is a navigation bar with the Brazilian flag, the text 'BRASIL', and 'Acesso à informação'. Below this is the logo for 'UNA-SUS Universidade Aberta do SUS' and the text 'Acervo de Recursos Educacionais em Saúde'. A blue bar contains a home icon and 'Página Inicial'. The main content area features a 'Bem-vindo ao ARES' section with a welcome message and a search bar showing '11.049 Recursos disponíveis'. Below the search bar is a 'Busca Avançada' option. A table titled 'Visualizar o ARES por' lists filters: 'Instituições', 'Autor', 'Título', 'Palavras-chave DeCS', 'Público-alvo', 'Área temática', and 'Nível educacional'. A list of 'Novos recursos' includes three video lessons and one project, all by Rabin, Eliane Goldberg, Souza, Aline Iara (2019-04-11).

Fonte: Acervo de Recursos Educacionais em Saúde, 2019.

Foi estabelecido pelo decreto nº 7.385 de 8 de dezembro de 2010, como um dos elementos que constituem o Sistema UNA-SUS junto com a Rede UNA-SUS e a Plataforma Arouca, com o objetivo de disseminar o conhecimento produzido pelas instituições que compõem o Sistema UNA-SUS, preservar e tornar público os conteúdos educacionais voltados para trabalhadores da saúde.

Atualmente, a UNA-SUS da Universidade Federal do Maranhão conta com 1435 recursos educacionais disponibilizados na plataforma, dentre os mais diversos tipos de recursos, como animação, textos, vídeos, material multimídia e outros, o que expressa o compromisso em tornar público tudo o que produzido pela instituição e sobretudo, a diversidade de recursos educacionais de qualidade que atendem as demandas do Ministério da Saúde, dos profissionais e demais instituições que acessam e podem utilizar-se destes materiais.

Dentre os materiais mais submetidos estão os textos e materiais interativos, que são recursos presentes em todos os cursos oferecidos pela UNA-SUS/UFMA, estes são materiais no formato PDF e livro online, que são criados praticamente em todas as unidades dos cursos da instituição. O lançamento dos recursos educacionais provenientes dos cursos em saúde mental deu-se após a conclusão do curso de capacitação

5.3 Os produtos da tese: os artigos

Os artigos desenvolvidos com base nos dados obtidos estão sendo submetidos a periódicos objetivando o compartilhamento dos resultados da pesquisa. Já foram desenvolvidos e submetidos dois artigos e outros dois artigos serão desenvolvidos para dar continuidade a publicação dos resultados da pesquisa.

Sendo assim, o primeiro artigo intitulado “Ensinando o matriciamento em saúde mental através da educação à distância”, teve como objetivo analisar a percepção de profissionais de saúde sobre o processo de matriciamento e seu ensino no módulo instrucional sobre este tema do curso de capacitação em SM na APS por meio da EaD, mediado por tutoria, utilizando metodologias ativas. Este artigo foi submetido à Revista Ciência e Saúde Coletiva (ANEXO D), ISSN:1678-4561. A fim de avaliar a utilização da instrução por pares na aprendizagem da saúde mental na APS, o segundo artigo, intitulado “Avaliação por pares como estratégia de aprendizagem ativa no ensino de saúde mental na atenção primária foi submetido à Revista Telemedicine Journal and E-health (ANEXO E), ISSN: 1556-3669.

5.3.1 Artigo 1. Avaliação entre pares no ensino à distancia em saúde mental na atenção primária

Peer Evaluation in Primary care Mental Health e-learning

RESUMO

Introdução: O cuidado em saúde mental (SM) está presente da abordagem integral ao indivíduo na atenção primária em saúde. Mas, existe uma lacuna terapêutica nesse cuidado e uma das causas é a formação inadequada dos profissionais. O ensino de novos processos de trabalho implica novas metodologias como as avaliações por pares (2P2) e o uso do e-learning. **Materiais e métodos:** Foi realizada uma avaliação da utilização da avaliação P2P no ensino em SM na APS em um curso e-learning para três regiões do Brasil. As propostas de intervenção de 12 profissionais de saúde e as avaliações dos seus pares foram analisadas, resultando em 5 categorias: realização da avaliação P2P, abordagem integral do cuidado, intervenções terapêuticas, rede de cuidado e suporte e prática do apoio matricial (AM). **Resultados:** A avaliação P2P teve adesão de mais 90%, mas houveram dificuldades com as instruções iniciais. A abordagem integral foi realizada as famílias. O acolhimento e o vínculo foram priorizados. Dificuldades na avaliação do uso nocivo de álcool e gerenciamento de casos foram detectadas. O conhecimento sobre o AM foi verificado, mas pouco utilizado. **Discussão:** a avaliação P2P mostrou-se eficiente na aprendizagem em SM. AM e os instrumentos desse processo de cuidado colaborativo foram utilizados nas intervenções, mas precisam ser consolidados. **Conclusão:** A avaliação P2P com o uso de casos para simular realidades diferentes, promoveu reflexões e discussões, podendo contribuir significativamente no ensino do AM em SM.

Palavras-chave: Aprendizagem por pares. Saúde mental. E-learning. Atenção primária. Apoio matricial.

ABSTRACT

Introduction: Healthcare in Mental Health (MH) is included in the integral approach of the individual in Primary Health Care (PHC). However, there is a therapeutic gap in this healthcare and one of its causes is the inadequate training of professionals. The teaching of new work processes entails new methodologies such as Peer Evaluation (P2P) and the use of e-learning. **Materials and Methods:** We performed an evaluation of the use of P2P evaluation in the teaching of MH in PHC in an e-learning course for three Brazilian regions. The intervention proposals of 12 healthcare professionals and the evaluation of their peers were analyzed, resulting in five categories: execution of the P2P evaluation; integral primary healthcare; therapeutic interventions; care and social support network; and practice of Matrix support (MS). **Results:** the P2P evaluation has a 90% adherence, but there were difficulties with the initial instructions. Integral care was performed with the families. User embracement and bond were prioritized. We detected difficulties in the assessment of harmful use of alcohol and case management. The knowledge about the MS was verified, but barely used. **Discussion:** the P2P evaluation proved to be efficient in MS learning. MS and the instruments of this process of collaborative care were used in the interventions, but they need to be effectives. **Conclusion:** P2P evaluation, with the use of cases simulating different realities, promoted reflections and discussions, and can contribute significantly to MS teaching in MH.

Keywords: Peer learning. Mental health. E-learning. Primary care. Matrix support.

Introdução

A Organização Mundial de Saúde aponta que existe uma grande lacuna terapêutica nos cuidados em saúde mental (SM) e uma de suas causas é a formação inadequada dos profissionais.^{1,2} A integração destes cuidados na atenção primária (APS) através de cuidados compartilhados, facilita a abordagem integral do indivíduo e potencializa o tratamento destes agravos.

Nesse contexto, o apoio matricial (AM), através do matriciamento, que representa o modelo de cuidados colaborativos brasileiro, oferece retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico às equipes de referência na APS, configurando-se como uma prática de educação continuada e qualificando estes profissionais. A integração destas duas equipes demanda arranjos organizacionais e metodologias de gestão do trabalho que ampliem a interação

dialógica entre diferentes especialidades e profissões³. Porém esse processo ainda não está plenamente implementado no país.

A utilização de recursos tecnológicos e metodologias de ensino inovadoras para a implementação do matriciamento em SM oportuniza que este atinja regiões de difícil acesso.⁴ Porém ensinar novos processos de trabalho demanda o uso de metodologias ativas e sua inserção na educação à distância (EAD) como parte do processo ensino-aprendizagem do AM, são desafios importantes para este processo formativo⁵.

Na Aprendizagem Ativa, o foco da aprendizagem é o aluno, engajando os alunos no processo de aprendizagem, o que aumenta a motivação para aprender, com maior absorção e aprofundamento do conteúdo.^{6,7} Sua utilidade tem sido verificada no ensino de adultos e, em uma sociedade conectada e digital, a sua utilização expressa-se por meio de modelos de ensino híbridos, com muitas possíveis combinações, dentre as quais destaca-se a aprendizagem colaborativa por pares⁸.

A aprendizagem por pares (P2P) tem sido utilizada no desenvolvimento de competências associadas ao trabalho colaborativo, proporcionando uma comunicação eficaz, pensamento crítico e reflexivo do aluno e uma aprendizagem mais consistente.⁹ Desta forma, promove a interação por pares ou grupos de trabalho, onde está envolvido o poder de argumentação e a troca de experiência entre os alunos, compartilhando ideias e novos conhecimentos¹⁰.

Este artigo tem por objetivo analisar o módulo “avaliação por pares” de um curso a distância mediado por tutoria para o ensino de SM na APS, e sua utilidade no ensino do apoio matricial/matriciamento.

Materiais e métodos

O módulo analisado

O curso de capacitação em SM na APS, já descrito em outro artigo (O ensino do Matriciamento por meio da EaD: uma experiência em três regiões brasileiras), foi realizado integralmente a distância para 170 profissionais da APS e da SM, com tutoria de especialistas, com oito módulos instrucionais para três diferentes regiões: Estado do Maranhão (MA), do Rio de Janeiro (RJ) e Região Amazônica (RAM).

A avaliação P2P foi utilizada para a construção colaborativa de conhecimentos, sendo aplicada no último módulo do curso para discussão de casos clínicos “Cuidando de uma

Família Complexa”, numa proposta de avaliação formativa que envolvesse a discussão por diferentes profissionais do cuidado a ser estruturado para três diferentes situações clínicas, cada uma específica para o contexto de uma das regiões.

Neste módulo, a atividade foi realizada por 72 alunos, no período de julho a setembro de 2017, sendo 26 do RJ, 30 do MA e 16 da RAM. Cada um elaborou uma proposta de intervenção para o seu caso a partir de perguntas disparadoras (Figura 1). Cada discente teve a sua atividade avaliada por um colega e avaliou a atividade de outro aluno, respondendo uma pergunta sobre duas coisas que faria igual e duas que faria diferente no caso analisado, construindo um espaço de feedback e conhecimento mútuo.

A distribuição das propostas dentro do grupo de alunos para avaliação foi aleatória. A atividade P2P deveria ser realizada em suas duas etapas para aprovação com nota 100,0. Foram reprovados 4 alunos que não realizaram ambas as etapas. Os alunos propuseram projetos de cuidado em SM na APS, respondendo às seguintes perguntas:

Figura 1. Perguntas disparadoras dos casos clínicos

Perguntas Disparadoras dos casos clínicos
1- Quais são os problemas presentes nesta família?
2- Quais seriam as formas de abordagem a esta família e seus membros em particular?
3- Quais as intervenções de cuidado que a equipe da Estratégia de Saúde da Família deveria realizar a esta família e seus membros em particular
4- Como a rede de cuidado interdisciplinar (incluindo recursos comunitários) pode ser ativada para cuidar dessa família?

Para o desenvolvimento desta tarefa foi utilizada a ferramenta Laboratório de Avaliação, o “*workshop moodle*”, que é considerada uma eficaz ferramenta para esse tipo de avaliação.

Comitê de Ética

O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do MA – HUUFMA no 1.822.096/2016) e da Secretaria Municipal de Saúde do RJ SMS/RJ (1.910.624/2017).

Análise qualitativa

Para análise do material das respostas dos alunos nesta plataforma foi utilizada abordagem qualitativa, de natureza exploratória. Utilizou-se a análise de conteúdo temática,

realizada a partir da leitura exaustiva das textualizações, para busca das temáticas comuns^{11,12}. Foram selecionadas as respostas e avaliações de uma amostra de 12 pares (Tabela 1) das três regiões, compostos por profissionais de diferentes categorias e campos de atuação (APS e SM). Os relatos nos fóruns de discussão das turmas também foram incluídos para a avaliação.

Resultados

Foram analisadas as respostas e avaliações de 12 pares, com o perfil sociodemográfico descrito na Tabela 1.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos alunos do módulo avaliação por pares.

Variáveis	N	%
Idade (anos)		
<30	01	8,3
30-39	09	75,0
40-49	01	8,3
≥ 50	01	8,3
Sexo		
Feminino	07	58,3
Masculino	05	41,6
Categoria profissional		
Enfermagem	03	25,0
Psicologia	04	33,3
Medicina	03	25
Serviço social	01	8,3
Terapia Ocupacional	01	8,3
Experiência com EaD		
Sim	10	83,3
Não	02	16,6
Possui curso de pós-graduação		
Especialização presencial	04	33,3
Especialização EaD	0	0,0
Residência	03	25,0
Especialização presencial e EaD	01	8,3
Especialização presencial e EaD e residência	01	8,3
Não se aplica	03	25
Área da pós-graduação		
Saúde mental	01	8,3
Saúde da família	04	33,3
Atenção renal	01	8,3
Dependência química	01	8,3
Saúde mental e dependência química	01	8,3
Não se aplica	04	33,3
Experiência em atenção em saúde		
Atenção Básica ou ESF	04	33,3
NASF	03	25,0
CAPS I	01	8,3
CAPS III	01	8,3
CAPS AD	02	16,6
NASF e CAPS III	01	8,3

Na análise do material as seguintes áreas temáticas foram identificadas:

A análise qualitativa das respostas e avaliações dos 12 pares selecionados revelou as seguintes categorias: (a) A realização da avaliação P2P; (b) abordagem integral do cuidado; (c) intervenções terapêuticas; (d) rede de cuidado e de suporte social; (e) a prática do apoio matricial em saúde mental.

Para melhor identificação dos resultados, as respostas dos discentes serão descritas por “P2P – R”, as avaliações das respostas avaliadas pelos pares por “P2P – A” e as narrativas dos fóruns por “P2P – F.

(a) A realização da avaliação P2P

A análise dos fóruns revelou pouca participação dos alunos. O MA mostrou-se mais participativo comparado as duas outras regiões. Verificou-se identificações com os casos clínicos a partir das suas realidades, embora os alunos apresentassem dificuldades com as instruções iniciais da atividade e sobre o que avaliar nos casos clínicos. Esse entrave inicial na tarefa se justificou pela ausência da leitura das orientações sobre a P2P e foi minimizada com as orientações dos tutores e com releitura do tutorial da avaliação P2P. Não houve relatos de dificuldades no manejo tecnológico da P2P.

Sobre a identificação com os casos clínicos, verificamos que os casos puderam contar histórias de realidades vivenciadas pelos discentes como relatam as falas abaixo:

“Casos como esses não são raros na nossa realidade... Não é um caso simples, e a equipe de saúde da família não dá conta de cuidar sozinha...”. (P2P -F: Enfermeira – Estratégia de Saúde da Família -ESF RJ)

“O caso é bastante comum no nosso serviço, a família toda precisando de ajuda....”. (P2P - F: Enfermeira Unidade Básica de Saúde – UBS na zona rural MA)

Dúvidas sobre qual o caso avaliar e o que avaliar estiveram presentes no MA e na RAM, assim como a sinalização de que foi difícil entender a proposta da atividade inicialmente.

(b) Abordagem integral do cuidado

A maioria dos discentes identificou a presença de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, assim como consideraram o contexto em que os pacientes estavam inseridos, influenciando na ampliação do cuidado.

“Quanto as questões psíquicas, é importante que o profissional de saúde faça uma escuta acolhedora para entender um pouco mais sobre esse processo pelo qual Dona Iara está passando”. (P2P-R: Terapeuta ocupacional – CAPSIII – RAM)

O acolhimento e a construção do vínculo para a realização do cuidado foram valorizados. O vínculo com o agente comunitário de saúde (ACS) também é destacado no acesso às famílias, demonstrando a importância do trabalho da equipe interdisciplinar com a comunidade, sendo o ACS o promotor deste elo, por morar no território, fazer parte da rede de relações e conhecer a realidade social^{13,14,15}.

“A principal forma de aproximação no cuidado na ESF é através do agente comunitário de saúde, no caso da família em questão, além de conhecer a família há muitos anos a relação da ACS com Maria do Socorro é muito boa... Portanto entendo ser pela ACS uma boa forma de abordar a família, começando por Maria que está gestante”. (P2P-R: Psicólogo NASF-RJ)

(c) Intervenções terapêuticas

O manejo das famílias na APS como parte da integralidade do cuidado foi abordado. Observamos a atenção da profissional ao histórico de violência familiar, o impacto desta no estado emocional da paciente e como a situação atual funciona agravando o processo.

“Ela tem histórico de agressividade paterna, em sua infância em um dos desentendimentos Maria também foi agredida, pode ter problemas de saúde mental decorrente destes episódios e também por atual vivência familiar”. (P2P-R: Médica ESF – RJ)

O trabalho com as famílias objetiva a compreensão dos sujeitos no seu contexto e dinâmica familiar, contribuindo para maior resolubilidade nas intervenções terapêuticas.^{16,17,18,19} No relato a seguir, o uso do genograma e do ecomapa, instrumentos de abordagem familiar, mostrou-se bastante presente nas respostas dos profissionais.

“...em seguida deve-se construir um Genograma para poder observar de forma mais completa a dinâmica familiar e em seguida inserir essa família dentro de um Ecomapa para melhor visualização dos serviços que estão no território e quais podem ser úteis”. (P2P-R: Enfermeiro CAPSIII – RAM)

Outras questões encontradas foram a participação em grupos da APS e comunitários^{20,21}, bem como a utilização da Terapia de Ativação por alunos da RAM²².

“...uma possível adesão ao tratamento da diabetes e hipertensão, ser incluída em grupos da ESF e de convivência para uma interação social inicial”. (P2P-R: Enfermeira ESF-MA)

A abordagem ao uso de álcool foi apresentada em todos os casos. Constatou-se dificuldade no atendimento desse problema clínico específico, denotando falta de conhecimento sobre avaliação do padrão de uso e gerenciamento do caso a partir de intervenções necessárias para o cuidado na APS, apesar da existência de um módulo específico sobre este tema no curso. A lógica do encaminhamento para o especialista esteve presente, como mostra o relato abaixo de uma psicóloga do NASF.

“O irmão além do desemprego que o assola tem a questão do álcool que pode ser auxiliado por um profissional que lhe ofereça algo pra redução de danos, no uso do álcool, incluindo num atendimento individualizado, depois direcionado para grupos de referência na sua debilidade”. (P2P-R: Psicóloga NASF-MA)

No entanto, notou-se manejos adequados no estabelecimento de um vínculo inicial com o paciente para o tratamento dos sintomas pelo uso nocivo de álcool seguido de intervenção breve motivacional.^{23,24,25}

(d)A Rede de cuidado e de suporte social

A Rede de cuidados e de suporte social foi abordada como estratégia fundamental para a integralidade. A articulação com a SM é necessária para a estruturação de um atendimento integral²⁶.

“... está em uso nocivo/abusivo de álcool e pelo relato não tem buscado ajuda na ESF...importante momento para convocá-lo no cuidado como pai e tentar abordar a questão do uso de álcool...É possível pensar em uma articulação com o CAPSad da região”. (P2P-R: psicólogo NASF-RJ)

“...pode-se acionar a Assistência Social, o pajé ou curandeiro da Comunidade, outros familiares ou amigos que a família identifique como potencialidades. A escola e os locais (praças, quadras...) que os adolescentes costumam frequentar. Líder Comunitário e demais lideranças da Comunidade, associação dos moradores. (P2P-R: Médico ESF – RAM)

A narrativa aponta a importância da identificação e da inclusão dos recursos comunitários e pessoas significativas para uma coordenação do cuidado eficiente. A interligação de todos os recursos disponíveis deve ser realizada para o atendimento das necessidades de saúde dos usuários.²⁷

“Envolver todos os pontos disponíveis da rede social desses indivíduos (mesmo a comunidade não sendo grande), a Unidade Básica de Saúde (UBS) deve estar atenta e presente na condução do caso dessa família”. (P2P-R: Médico ESF – RAM)

(e) A prática do matriciamento

O AM em SM mostrou-se presente na maioria das respostas dos discentes, bem como a utilização dos instrumentos desse processo na construção do cuidado. No entanto, alguns profissionais da RAM e MA ainda demonstram dificuldade nesse tipo de cuidado colaborativo, evidenciado pelos encaminhamentos para atenção especializada propostos em situações que poderiam ser manejadas na APS com o AM, como na abordagem ao uso nocivo de álcool.

“O Filho Kayke deve ser acolhido e encaminhado para o grupo AD. Assim como o cunhado senhor Raimundo deve passar por avaliação e encaminhamento para o grupo AD”. (P2P-R: Enfermeiro CAPSIII – RAM)

“Avaliar queixa de Iara quanto dores nas juntas, fraqueza, moleza, corpo quente, dificuldade para dormir e cumprir com suas responsabilidades diárias. Após diagnóstico realizar o tratamento devido (medicamentoso e/ou encaminhamento para atendimento psicológico). (P2P-R: Psicóloga CAPS AD- RAM)

Na fala acima observa-se que além de um quadro de sofrimento mental comum, que não foi mencionado, há indicação do tratamento medicamentoso para sintomatologia e/ou encaminhamento para a psicologia. No entanto, o conhecimento do contexto de Iara é importante para entender o quadro apresentado e o AM auxiliaria nesta abordagem.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) foi mencionado como estratégia de intervenção junto as famílias auxiliando na qualificação do cuidado aliado a interconsulta com a psicóloga do NASF para auxiliar na abordagem de conflitos familiares como exemplifica a fala abaixo.

“Elaboração de um PTS (Projeto Terapêutico Singular) junto aos familiares com participação da psicóloga do NASF, discutindo cada proposta, duração e o que se espera. (P2P-R: Residente de enfermagem ESF – RJ)

As intervenções conjuntas também foram apontadas pelos profissionais, principalmente no RJ^{28,29,30}. O relato aponta diferentes saberes para o entendimento e avaliação do processo de saúde-doença que a família vivencia, considerando as suas vulnerabilidades e uso dos recursos disponíveis de forma resolutiva.

“...considerando as fragilidades e dificuldades da família, faz-se necessária avaliação da ESF em conjunto com os profissionais de saúde mental do NASF, esta avaliação se justifica por diferentes aspectos...Esta avaliação conjunta poderá proporcionar a inserção de cada membro familiar nos recursos disponibilizados pela própria unidade de saúde”. (Assistente social – NASF RJ)

A Análise dos comentários da “Avaliação entre Pares”

As avaliações dos pares na sua maioria foram de concordância com as intervenções e as que discordaram ou complementaram, fizeram justificando teoricamente e com base nas suas práticas. Na RAM as concordâncias foram em relação ao acolhimento e ao uso do genograma e ecomapa, enquanto as discordâncias relacionaram-se a abordagem ao uso nocivo de álcool aliado aos encaminhamentos para o CAPS AD. A abordagem que prevaleceu foi a dos encaminhamentos. No MA observou-se que os pontos concordantes foram a importância da integração e cooperação entre os serviços, o vínculo por meio do ACS, o matriciamento realizado pelo NASF, bem como a realização dos registros nos atendimentos aos membros de cada família em particular. A ativação da rede intersetorial para a ampliação do cuidado foi apontada como contribuição às respostas dos colegas e o ponto discordante foi referente a priorização da abordagem medicamentosa como primeira ação terapêutica em detrimento da psicossocial.

Com relação a essa abordagem, muitos alunos, principalmente os médicos optaram pela utilização de psicofármacos diante dos sintomas apresentados pela família como queixas na busca de atendimento. Diante desse posicionamento, alguns pares avaliadores contestaram e relataram que não utilizariam essa estratégia e sim o entendimento do que estava presente por trás das queixas.

No tocante as avaliações do RJ verificamos discursos congruentes relacionados a abordagem inicial à família do caso apresentado, por meio do acolhimento e estabelecimento de vínculo. Os pontos complementares foram relativos a busca de uma rede informal como suporte na própria comunidade e de acionamento na rede intersetorial.

“Acréscimo que considerando as diferentes necessidades da família, o apoio das redes comunitárias e sociais se faz essencial, tal apoio pode contribuir na administração dos medicamentos de hipertensão de Maria do Socorro”. (P2P-A: Assistente social NASF – RJ)

As incongruências foram alusivas a supressão dos sintomas relacionados ao uso de álcool por um dos integrantes da família somente por via medicamentosa e não utilizando outras abordagens como a intervenção breve e avaliação do padrão de consumo e entendimento do mesmo. Acrescentamos a abordagem da adolescente presente na família sobre o uso recreativo de maconha, que deveria ser investigado.

“Concordo com o colega. Acredito que a melhor forma seria o cuidado em saúde dos sintomas que ele está tendo devido ao uso nocivo de álcool, para se aproximar e tentar fazer com que ele questione esse uso”. (P2P-A: Psicólogo NASF-RJ)

Nas três regiões, o acolhimento e a importância do vínculo e como ele se constrói com a comunidade foi um ponto em comum verificado, assim como a inclusão das redes intersetoriais. As divergências relacionaram-se a prioridade do tratamento medicamentoso num primeiro momento e os poucos direcionamentos para as questões subjetivas oriundas das vulnerabilidades psicossociais que os casos apresentaram. O outro desacordo foi relativo a abordagem ao uso nocivo de álcool, onde a lógica do encaminhamento e a terapêutica farmacológica estiveram muito presentes.

“No tocante as intervenções de cuidado utilizariam ainda ações de acolhimento, escuta qualificada, suporte e esclarecimento tendo em vista que estas fortalecem o vínculo com o paciente”. (P2P-A: Enfermeira ESF-MA)

Discussão

Este estudo buscou avaliar a utilização da avaliação P2P como estratégia no ensino em SM na APS em um curso à distância. Ela se revelou uma estratégia eficiente no auxílio da aprendizagem, partilha de propostas de intervenções, estímulo a reflexão e evidenciou significativa adesão na atividade com 94,4 % de aprovação.

Além disso, a discussão dos casos complexos permitiu o reforço do aprendizado de conteúdo centrais ao cuidado em saúde mental na atenção primária. entre eles podemos destacar:

Abordagem as famílias: Verificou-se na maior parte das respostas que uma abordagem integral foi realizada onde o profissional de saúde teve uma apreensão ampliada das necessidades de saúde do indivíduo, contextualizando seu sofrimento e a doença, bem como elaborando propostas de intervenção adequadas a vida de cada paciente^{13,14}.

Nessa perspectiva, o acolhimento foi apontado em todas as regiões como importante, sendo este diretriz operacional fundamental do modelo assistencial do Sistema Único de Saúde - SUS, garantindo a acessibilidade universal, e a qualificação das relações, onde escuta e atenção às necessidades são fundamentais para uma resposta resolutiva às demandas dos usuários¹⁵.

O genograma e ecomapa demonstraram ser muito utilizados na abordagem familiar para a visualização rápida das informações sobre as famílias, suas ligações, estruturas sociais e os padrões familiares, sendo importante fonte de informações sobre a relação entre o problema clínico e o contexto de vida, para conhecer o ciclo de vida familiar, identificar problemas de saúde e pessoas que necessitem de cuidados especiais.^{16,18,19}

Os grupos operativos também se destacaram como intervenções terapêuticas com uma rica troca de experiências dado a pluralidade de seus integrantes. Os grupos são utilizados na APS para promoção da saúde, prevenção de doenças e prestação de cuidados específicos, e promovem ações educativas para melhoria da qualidade de vida e saúde das pessoas²⁰. Os seus benefícios incluem a otimização do trabalho, reduzindo as consultas individuais, auxiliando a participação ativa do indivíduo e o envolvimento da equipe com o paciente. Também se configuram como dispositivos de articulação de trabalho, geração de renda, cultura e cidadania²¹.

Na abordagem ao uso nocivo de álcool, discentes de todas as regiões se destacaram pela dificuldade na avaliação e no gerenciamento dos casos mesmo depois de cursarem um módulo específico sobre o álcool na APS. Muitos alunos possuíam especializações em saúde mental e dependência química, o que colaborou para uma intervenção mais adequada, com abordagens efetivas utilizando a entrevista motivacional, que tem na motivação como componente chave para a mudança de comportamento, visando reduzir o comportamento ambivalente sobre os prejuízos do uso de álcool.²³ A APS é um espaço importante e estratégico na detecção precoce de problemas pelo uso de álcool e outras drogas, contribuindo para a identificação precoce de usuários de risco, permitindo o cuidado e evitando um possível quadro de dependência.²⁵

Outro ponto considerado, foi a importância do trabalho com o ACS para o acesso as famílias, a inclusão das redes de suporte e a articulação da rede de cuidados para a integração entre os diversos serviços, melhorando a qualidade do cuidado ofertado, qualificando a assistência, promovendo trocas e a construção coletiva entre os profissionais envolvidos.^{26, 27}

O reconhecimento da complexidade do objeto da saúde e da conseqüente exigência de contemplá-lo em sua pluralidade mediante o desenvolvimento de um trabalho conjunto foi bem considerado³⁰.

O AM em SM foi uma abordagem realizada pela maioria dos alunos, mas o estado do MA e a RAM precisam se apropriar mais desse tipo de cuidado colaborativo, principalmente em intervenções sobre o uso nocivo de álcool. O PTS, a interconsulta e a consulta conjunta apareceram nas falas como instrumentos do processo de matriciamento utilizados. O PTS é um recurso da clínica ampliada e o matriciamento facilita a construção e execução deste minimizando as dificuldades detectadas.²² Consideramos que a interconsulta e a consulta conjunta são práticas congruentes na construção de um trabalho colaborativo e na aprendizagem em serviço. A realização da consulta conjunta aprimora e qualifica a assistência e os profissionais envolvidos, facilita a interlocução e a compreensão integral das demandas de saúde dos indivíduos e de suas famílias.^{28,29,30,31} O trabalho interprofissional em saúde, por meio da prática colaborativa, é o caminho para o aprimoramento profissional e realização da interdisciplinaridade, visando o cuidado integral em saúde.^{27,28}

A principal limitação deste estudo refere-se ao tamanho da amostra utilizada para análise, pois poderia abranger todos os alunos aprovados no módulo de avaliação entre pares. Sua principal contribuição refere-se á percepção da aceitação deste tipo de atividade e sua aplicabilidade como metodologia ativa em EaD.

Conclusão

Nosso estudo demonstrou que a avaliação 2P2 com a utilização de casos clínicos simulando a realidade e perguntas disparadoras indutoras de reflexão e discussão. pode ser de grande auxílio no processo de aprendizagem em saúde mental na APS, incluindo o processo de matriciamento.

Declaração de divulgação

Não existem interesses financeiros concorrentes.

Referências

1. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. *Global Mental Health. Lancet.* 2007; 370: 859-77.
2. WHO. WONCA. Integrating mental health in primary care: a global perspective. Geneva: WHO; 2008.
3. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública.* 2007 fev.; 23(2): 399-407. Eduardo Ferrer, Ingrid Kirschning
4. Ferrer E, Kirschning I. A Methodology for the Development of Distance Learning Tasks Adaptable to the Student's Learning Style. *Procedia - Social and Behavioral Sciences.* 2014; 141: 518-23. ISSN 1877-0428.
5. Santos CAM, et al. *Sócio-Constructivismo e o uso de metodologias ativas de aprendizagem no ensino de engenharia.* Gramado: Abenge; 2013.
6. Luc JGY, Antonoff MB. Active Learning in Medical Education: Application to the Training of Surgeons. *J Med Educ Curric. Dev.* 2016 May 4; 3:JMECD.S18929. DOI:10.4137/JMECD.S18929.
7. Michael JA, Modell HI. *Active Learning in Secondary and College Science Classrooms: A Working Model of Helping the Learning to Learn.* Mahwah, NJ: Erlbaum; 2003.
8. Bacich L, Moran J, organizadores. *Metodologias ativas para uma educação inovadora: uma abordagem teórico-prática [recurso eletrônico].* Porto Alegre: Penso; 2018. EPub.
9. Briggs CL, Doubleday AF. Group Learning Assessments as a Vital Consideration in the Implementation of New Peer Learning Pedagogies in the Basic Science Curriculum of Health Profession Programs. *J Med Educ Curric Dev.* 2016 Aug 22; 3: JMECD.S18930. DOI:10.4137/JMECD.S18930
10. Mazur E. *Peer Instruction: a revolução da aprendizagem ativa.* Porto Alegre: 2015.
11. Taquette SR, Minayo MC. Uma análise de artigos sobre estudos qualitativos realizados por médicos publicados em revistas científicas no Brasil entre 2004 e 2013. *Physis*

- [online]. 2017 [citado em 2019 maio 7]. 2017; 27(2): 357-374 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000200357&lng=en&nrm=iso.ISSN 1809-4481. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312017000200010>.
12. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2011.
 13. Mattos RA. A Integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública*. 2004 set./out.; 20(5): 1411-16. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/37.pdf>
 14. Brehmer LCF, Verdi M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*. (2010); 15(supl. 3): 3569-78.
 15. Brasil.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde; 2011
 16. Schlithler ACB, Ceron M, Gonçalves DA. *Famílias em situação de vulnerabilidade ou risco psicossocial*. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2010. p.43-69
 17. Cynthia S. Selleck, Matthew Fifolt, Heidi Burkart, Jennifer Sandson Frank, William A. Curry, Lisle S. Hites, Providing primary care using an interprofessional collaborative practice model: What clinicians have learned. *Journal of Professional Nursing*. (2017); 33(6): 410-16. ISSN 8755-7223.
 18. Garth Manning. The need for family medicine. *Current Medicine Research and Practice*. 2016; 6(1): 27-29. ISSN 2352-0817.
 19. Mello DF, et al. Genograma e Ecomapa: possibilidades de utilização na estratégia de saúde da família. *Rev Bras Cresc Desenv Hum*, v. 15, n.1, p.78- 89, jan./abr. 2005
 20. Almeida SP, Soares SM. Aprendizagem em grupo operativo de diabetes: uma abordagem etnográfica. *Cien Saude Colet*. 2010; 15(Supl 1): 1123-32.
 21. Soares SM, Ferraz AF. Grupos operativos de aprendizagem nos serviços de saúde: sistematização de fundamentos e metodologias. *Esc Anna Nery. R Enferm*. 2007; 11(1): 52-7.

22. Chiaverini DH, et al., organizadores. *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva; 2011.
23. Frost H, Campbell P, Maxwell M, O'Carroll RE, Dombrowski SU, Williams B, et al. (2018) Effectiveness of Motivational Interviewing on adult behaviour change in health and social care settings: A systematic review of reviews. *PLoS ONE* 13(10): e0204890. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204890>
24. Zorland JL, Gilmore D, Johnson JA, et al. *Qual Life Res.* 2018; 27: 2329. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1899-z>
25. Fontanella BJB, et al. Alcohol drinkers, Primary Health Care and what is “lost in translation”. *Interface - Comunic. Saude Educ.* 2011 abr./jun.; 15(37): 573-85.
26. McDonald KM, Schultz E, Albin L, et al. Care Coordination: Atlas Version. Rockville: AHRQ Publication; 2014.
27. Barr H, Low H. *Introducing Interprofessional Education* . Fareham: CAIPE; 2013
28. World Health Organization. *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice* . Geneva: WHO; 2010.
29. Mello Filho J, Silveira LMC. Consulta conjunta: uma estratégia de capacitação para a atenção integral à saúde. *Rev. Bras. Educ. Méd.* mai-ago 2005;29 (2):147-151.
30. Hang H, Tabb KM, Cerimele JM, Ahmed N, Bhat A, Kester R. Collaborative Care for Women With Depression: A Systematic Review. *Psychosomatics*. 2017; 58(1): 11-18. ISSN 0033-3182.
31. Dennis JB, Dominique F, Travis F, et al. A review of the benefits and limitations of a primary care-embedded psychiatric consultation service in a medically underserved setting. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. SAGE Publications; 2018.

6 DISCUSSÃO

Este estudo buscou contribuir com o ensino em saúde mental na atenção primária a partir do uso de metodologias ativas e da educação à distância para qualificação dos profissionais que atuam nesse cenário de práticas.

A primeira constatação é a confirmação de que existe uma grande necessidade de qualificação em saúde mental na APS e que o ensino a distância é uma ferramenta importante para essa capacitação em larga escala, devendo ser utilizado a partir de iniciativas do setor público, nos níveis municipal, estadual e federal e mesmo da iniciativa privada .

As formações em saúde mental na atenção primária são amplamente recomendadas por estudos e organizações internacionais. Estes apontam o modelo de cuidados compartilhados como forma de integração da saúde mental na atenção primária e uma estratégia para reduzir a lacuna de cuidado nessa área. O matriciamento é o modelo brasileiro de cuidados compartilhados e estudos sobre qualificações nessa área ainda são escassos, principalmente com a utilização da educação a distância e metodologias ativas de ensino.

Consideramos que a educação mediada por tecnologia é um valioso recurso, atendendo grandes contingentes de alunos de forma mais efetiva que outras modalidades, sem riscos de reduzir a qualidade dos serviços oferecidos em decorrência da ampliação da clientela atendida.

A capacitação em saúde mental na atenção primária em saúde apresentou resultados importantes na adesão e participação dos alunos, com mais de 40 % de aprovação. O maior número de alunos reprovados e evadidos no curso ocorreu após os módulos 2 e 3 referentes ao matriciamento e técnicas do cuidados integral, os módulos básicos do curso. Iniciaram esses módulos, 170 alunos e ao final permaneceram 85 alunos. Os alunos apresentaram dificuldade no entendimento da prática do matriciamento e isso foi verificado nos fóruns e no questionário de múltipla escolha.

A literatura aponta que a evasão em cursos a distância é considerada alta e vários fatores contribuem para essa realidade^{88,89,90}. Dentre eles, os problemas de ordem pessoal e profissional, assim como o pouco tempo para dedicar-se aos estudos, foram fatores encontrados em pesquisas sobre a oferta de cursos em universidades públicas e privadas. Brindley (2015), ao abordar resultados de pesquisas nessa área, enfatiza o fato de que problemas de natureza geográfica, de saúde, trabalho, situações familiares, compromissos externos, dentre outros, contribuem, por exemplo, para o abandono do curso⁹¹.

Parkinson (2014) afirma que independentemente do conteúdo ou da experiência universitária, a porcentagem de estudantes que concluíram MOOCs tem sido baixa, frequentemente entre 5 e 10%, mesmo para estudantes com diplomas universitários.

Outros estudos reforçam esta constatação. Jordan (2014), ao analisar um curso na modalidade MOOC com cerca de 43.000 estudantes, constatou um percentual de 6,5% de concludentes. Neste estudo, o autor verificou que os números de matrículas diminuíram ao longo do tempo e estão positivamente correlacionados com a duração do curso.

Seaton et al (2014) acompanharam qualitativamente 108.000 participantes de um MOOC e constataram que apenas 6% o concluíram. Os não concluídos (94%) investiram menos tempo nas primeiras semanas do curso, tentaram menos avaliações e gastaram menos tempo com eles do que os concluintes (6%).

A crença de que um curso à distância requer menos esforço, a forma como o conteúdo é apresentado ao estudante e as estratégias educacionais utilizadas também influenciam na adesão aos cursos. Estudos afirmam a importância da utilização de recursos educacionais interativos e motivacionais, assim como enfatizam a empatia do tutor-facilitador como um recurso incentivador^{92,93,94,89}.

No que tange aos recursos utilizados, é importante o conhecimento do público-alvo a que está direcionado o curso, adequando a linguagem e as mídias destes recursos de forma que facilite o acesso e entendimento dos conteúdos. Pesquisas também identificaram que fatores endógenos à instituição de ensino foram as principais causas para a evasão, com destaque para a insatisfação com professores e tutores e para dificuldades didático-pedagógicas^{95,89}.

O desenvolvimento de ambientes virtuais de aprendizagem de fácil navegação e a utilização de dispositivos móveis para o acesso ao conteúdo, são fatores também considerados importantes para os alunos permanecerem nos cursos. Outra questão considerada, são as abordagens de apoio a estudantes que devem ser objetivas, proativas e oportunas, com foco na intervenção precoce quando se tem pesquisas que evidenciam as causas da evasão e da retenção^{96,97,98}.

Nesse contexto, é importante destacar também os inúmeros benefícios do ensino à distância, principalmente do ensino voltado para adultos, que permite uma aprendizagem autônoma, ligada a experiência dos alunos e sem necessidade de contínuos deslocamentos. Outro ponto importante é que diante das condições continentais do Brasil torna-se a solução

para o atendimento de demandas reprimidas, como a de ensino em saúde mental na APS, pois democratiza o acesso ao conhecimento, com menor custo, possibilitando o atendimento a alunos que se encontram dispersos geograficamente e que de outra forma não teriam acesso a educação, como é o caso dos profissionais das comunidades ribeirinhas da Amazônia e nos municípios do interior do Maranhão.

Autores argumentam que uma educação a distância planejada com rigor e aplicada com profissionalismo obtém resultados similares aos da educação presencial em termos de qualidade do aprendizado. No entanto, a qualidade da conexão de internet nos municípios brasileiros não é satisfatória e torna-se um entrave para muitas qualificações⁹⁸.

Sobre essa dificuldade, verificamos no curso que as turmas da Região Amazônica apresentaram as maiores dificuldades de acesso ao curso devido a internet, se comparadas ao Maranhão e ao Rio de Janeiro. Essa adversidade foi mencionada pelos discentes nos fóruns de discussão como justificativa para o atraso na realização das atividades. Tivemos que estender o prazo de oferta dos módulos iniciais que eram pré-requisitos para os demais módulos. Apesar desse obstáculo, destacamos a grande participação dos alunos da Região Amazônica nos fóruns de discussão.

O uso das metodologias ativas

Foram utilizadas no curso a problematização e a avaliação por pares como metodologias ativas de ensino. Sobre o uso da problematização, verificamos muita resistência dos alunos diante da apresentação do problema, por meio dos casos clínicos, e das questões norteadoras antes do referencial teórico. A aprendizagem tradicional que antecipa a teoria para depois realizar questionamentos mostrou-se bastante enraizada. A avaliação do conhecimento prévio das temáticas não foi bem recebida inicialmente pelos alunos. Mediante essa constatação, houve a necessidade de realizarmos alterações no acesso ao conteúdo, liberando-o sem a obrigatoriedade de respostas as questões norteadoras como primeira atividade formativa. As respostas dos alunos das questões norteadoras foram em grande parte copiadas do livro multimídia, assim como apreceram respostas com referências bibliográficas. O nosso objetivo era que os alunos fizessem uma autoavaliação do seu conhecimento, pudessem identificar as dificuldades em relação a determinada temática e posteriormente

tivessem embasamento teórico e acesso ao gabarito dessas perguntas que continham questões essenciais que deveriam ser abordadas nas respostas.

A metodologia utilizada é ratificada por estudos que apontam que uma boa estratégia de problematização, é propor ao aluno o desafio de refletir sobre determinada situação, passando a unir sua teoria com a prática, ou seja, seu conhecimento prévio com a construção de seu aprendizado, como ocorre com o exercício de uma situação problema, cuja tarefa é encontrar respostas, levando-o a examinar, pensar e refletir sobre aquilo de modo a dar significado e valor as suas descobertas, proporcionando a formação de um profissional crítico-reflexivo⁷¹.

Outro ponto a ser discutido é o uso da construção de uma mapa de rede de cuidado também como atividade formativa. Os alunos demonstraram muita dificuldade no entendimento da atividade e na sua execução. O obstáculo no entendimento estava relacionado a qual rede construir. A rede do caso em questão ou a da minha realidade? Essa foi uma das perguntas que apareceram nos fóruns de discussão. No entanto, as informações sobre qual rede seria construída estava expressa no início da atividade. A dificuldade de uma leitura compreensiva pelos alunos foi muito evidente em todas as três regiões.

Outra dificuldade relacionada a esta atividade foi referente ao manejo tecnológico. Os alunos apresentaram problemas em realizar o download do mapa de rede em pdf editável, preencher a rede e realizar o upload. Esse foi um entrave que não esperávamos detectar em grupo de profissionais, que assim como a população em geral, vive conectado e utiliza os recursos tecnológicos para as mais variadas atividades.

A literatura aponta que o emprego das metodologias ativas é uma forma de operacionalizar a construção formativa de um profissional crítico e reflexivo, rompendo com o modelo tradicional de ensino, no qual o estudante passa a ser centro e o foco do processo de aprendizagem, tornando-se ativo e participativo. E nesse processo de ensino-aprendizagem busca-se despertar no estudante o querer aprender, investigar, debater e ao mesmo tempo, a compreensão da importância de respeitar a diversidade de opiniões⁷¹.

O compartilhamento de opiniões variadas e o processo interativo pôde ser visualizado durante a utilização da metodologia ativa da avaliação por pares. A atividade de avaliação por pares proposta no último módulo do curso, trouxe contribuições importantes para a construção metodológica do curso, revelando ser bem aceita pelos alunos e mostrando-se efetiva no ensino em saúde mental na APS.

Os alunos apresentaram dificuldade no início da atividade na identificação do caso que deveria ser avaliado e sobre o que avaliar nos casos. Verificou-se que essa dificuldade estava

relacionada mais uma vez a falta de leitura compreensiva sobre as instruções iniciais. Esse obstáculo foi superado com o apoio dos tutores e reenvio do tutorial da atividade. Após a resolução dessa problemática, a atividade foi realizada pelos discentes, sem atrasos e outras dificuldades.

Constatou-se que os alunos puderam contribuir efetivamente com propostas de intervenções sobre os casos clínicos apresentados para cada região e as avaliações dos pares também foram realizadas com feedbacks expressando concordâncias diante das condutas. As discordâncias também foram encontradas e os alunos justificaram as mesmas fundamentando teoricamente e por meio de suas práticas. Tal resultado corrobora com estudos que apontam a predominância do feedback como uma estratégia bastante utilizada e valorizada no contexto da avaliação formativa^{99,100,101,102,103}.

Participação dos discentes nos módulos instrucionais do curso

Os módulos de matriciamento e o de tecnologias do cuidado integral, foram considerados os módulos de maior dificuldade pelos discentes, principalmente na compreensão do conteúdo abordado e no uso da metodologia ativa de ensino, como já citado anteriormente, em relação aos demais módulos instrucionais. Entendemos que uma das dificuldades em relação a temática abordada está relacionada ao modelo biomédico predominante nas práticas clínicas, não contemplando a subjetividade dos indivíduos, e a hesitação em atender demandas de saúde mental pela falta de capacitação e de entendimento que esses problemas não estão dissociados da saúde geral.

Autores referem sobre os ruídos na relação médico-paciente provocados pelas noções de doença e adoecimento, atribuindo como causa a racionalidade biomédica. Referem que o paciente verbaliza a sua experiência de estar doente, englobando todo o seu contexto e sua história, enquanto que a maior parte dos médicos têm sua formação pautada em um modelo biomédico de assistência¹⁰⁴.

O maior número de acessos foi contabilizado no módulo de matriciamento e neste também foi verificado a maior participação dos discentes nos fóruns de discussão e na realização da atividade somativa, o questionário de múltipla-escolha.

Sobre a prática do matriciamento e os outros módulos instrucionais do curso

Sobre a prática do matriciamento constatamos por meio da análise qualitativa dos fóruns do módulo que referia essa temática, cuja avaliação é abordada no primeiro artigo, que essa prática ainda é desconhecida em muitas regiões brasileiras, principalmente no Maranhão e na Região Amazônica, em comparação ao Rio de Janeiro, que apresentou experiências mais bem-sucedidas. Muitos alunos demonstraram insciência e compreensão errônea sobre o matriciamento e seus objetivos.

Os relatos mostraram que o matriciamento foi associado a presença do profissional do NASF, bem como a realização de encaminhamentos para este e para atenção especializada em saúde mental. As ações no cuidado compartilhado não eram realizadas.

A literatura aponta que os profissionais do NASF devem ter seu trabalho orientado pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial¹⁰⁵. Este pode ser entendido como um arranjo organizacional, relacionado com o trabalho em redes, atuação em território definido, compartilhamento de saberes, deliberação conjunta e cogestão. Acrescenta-se ainda o componente educador e formativo por disponibilizar espaços de discussão, troca de saberes e reflexão para a prática¹⁰⁶.

Apesar destas constatações iniciais, verificamos uma maior apropriação do matriciamento pelos alunos no último módulo, na atividade de avaliação por pares, onde as abordagens aos problemas das famílias incluíam a solicitação do matriciamento para a realização do cuidado frente ao sofrimento psíquico e intervenções psicossociais.

Nos relatos, notamos também o uso dos recursos comunitários, a identificação de uma rede de suporte para enfrentamento dos problemas vivenciados pelas famílias e a utilização dos instrumentos do processo de matriciamento.

A utilização da terapia de ativação também foi mencionada, bem como a importância do ACS como interlocutor com a população no território. O acionamento de outros dispositivos da rede para a realização da integralidade do cuidado e a presença de ações de acolhimento como introdução do estabelecimento de vínculo com a comunidade foram verificados.

Em praticamente todas as intervenções propostas, o PTS foi indicado, sendo este um conjunto de propostas terapêuticas articuladas, voltadas à singularidade dos usuários, das famílias e das comunidades. É o resultado de uma discussão coletiva por uma equipe interprofissional, onde todas as opiniões são tidas como importantes para auxiliar no

entendimento do indivíduo com alguma demanda de cuidado em saúde e ajudar na definição das propostas de intervenção^{13,37}.

Diante dessas abordagens de cuidado realizadas nas três regiões, nota-se uma ampliação na realização da assistência integral e da prática do matriciamento, na medida em que os alunos demonstraram reconhecer as ações que constituem o apoio matricial, situações que demandam o matriciamento, a importância do vínculo para a construção das redes de apoio e as articulações necessárias com a rede de cuidados.

Apesar dessa verificação de ampliação do cuidado, alguns profissionais do Maranhão e da Região Amazônica ainda persistem realizando ações de forma isolada, bem como no RJ em menor escala. Casos clínicos que poderiam ser abordados na atenção primária são encaminhados para o CAPS, principalmente sobre o uso nocivo de álcool, que foi uma problemática discutida em todos os casos clínicos na avaliação por pares.

Com relação aos demais módulos, entendemos que o módulo sobre os Transtornos Mentais Comuns e o módulo sobre a saúde mental e as doenças crônicas não transmissíveis, precisam de destaque pela sua prevalência na atenção primária e sua importância em razão do sofrimento psíquico associado as doenças crônicas e o seu agravamento pelos transtornos mentais. A depressão e a ansiedade são comumente associadas com doenças físicas, sendo a depressão apontada como uma das principais causas de incapacidade em todo mundo¹⁰⁷.

Sobre os Transtornos Mentais Comuns, a sua detecção ainda é uma dificuldade para grande parte dos alunos, que também demonstraram conhecimento sobre o mesmo. Os transtornos mentais comuns são normalmente atendidos pela Atenção Primária em Saúde e seu conceito abrange tanto sofrimento emocional, quanto pacientes que preenchem critérios para transtornos depressivo-ansiosos e somatização^{18,20}. A literatura aponta que os TMCs são condições prevalentes entre usuários dos serviços da APS e o Brasil, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), é o país da América Latina com maior prevalência de pessoas com depressão e o país com maior prevalência de ansiedade do mundo, apresentando índice de 9,3%¹⁰⁸.

Os relatos dos alunos demonstraram também práticas voltadas para abordagem centrada na pessoa, bem como sinalizaram a importância do acolhimento e do vínculo como porta de entrada para o cuidado integral. Consideraram que as doenças crônicas exigem um processo muito maior de adaptação do indivíduo para o enfrentamento e adaptação ao novo estilo de vida, permeado por limitações físicas e sociais. Os pacientes crônicos não estão doentes, eles são doentes, e o impacto do “ser doente” no processo de adoecimento demanda

mobilizações psíquicas para a aceitação da sua condição e a identificação de estratégias de enfrentamento que auxiliarão positivamente na superação dessa vivência¹⁰⁹.

Nesse sentido, entende-se que a maneira como a enfermidade é vivenciada é sempre um acontecimento singular, uma experiência pessoal, que é resultante da história individual, de seu modo de ser, de viver, de se relacionar. É o indivíduo que vivencia a doença que dará o significado e este deve ser compreendido dentro do conjunto de sua história^{110,111}.

Os cursos autoinstrucionais

A partir do curso de capacitação foram desenvolvidos cursos independentes referentes aos módulos para a modalidade autoinstrucional (AI) e e-books para acesso offline do conteúdo. Nessa transposição didática do material, o mapa de rede foi um recurso suprimido diante da dificuldade de execução apresentada pelos discentes, no curso mediado por tutoria aqui relatada e discutida.

Sobre esses cursos, tivemos um número excepcional de matrículas com destaque para o curso de transtornos mentais graves e persistentes que apresentou o maior número de matrículas (20.2013), denotando um grande interesse clínico dos profissionais. Outros dois cursos que demonstraram expressividade foram o de álcool (16.429) e o de transtornos mentais comuns (12.183).

Os cursos sobre o matriciamento (8.827) e o de tecnologias do cuidado (8.200) apresentaram os menores números de matrículas, confirmando o desconhecimento desse processo de trabalho, já detectado no curso com mediação do tutor. A dificuldade dos profissionais no entendimento do cuidado em saúde mental na APS, nos sinaliza a importância de investir em capacitações para a qualificação profissional para o cuidado integral, bem como a grande demanda identificada para os cursos nessa área mediante a oferta de algum curso em saúde mental.

Sobre a aprovação nos MOOCs (Massive Open Online Courses) de saúde mental é importante ressaltar que nessa modalidade de cursos, nem todos os alunos inscritos dão continuidade aos cursos e um número reduzido normalmente finaliza as atividades, sendo este um ponto a se considerar quando abordamos taxas de aprovação e reprovação. Nos cursos de saúde mental obtivemos mais de 30% de aprovados, o que representa um número alto se comparado a literatura que aponta entre 5 e 10%, considerando estudantes universitários. As

taxas de aprovação são consideradas baixas e associam-se a longa duração dos cursos, ao grau de interesse dos cursistas, bem como o seu envolvimento no processo de ensino-aprendizagem.

Nessa perspectiva autores consideram o monitoramento contínuo dos discentes como uma alternativa para minimizar esse baixo indicador, bem como a identificação de situações limitantes e o acompanhamento do avanço na aprendizagem à distância. como fator motivacional.

No que se refere as vantagens e desvantagens entre modalidades de curso mediado por tutoria e autoinstrucional, apontamos o alto custo de um curso mediado por tutoria em relação aos cursos AI. O custo maior é atribuído a transposição didática e após essa etapa os custos se tornam menores objetivando o monitoramento e ajustes tecnológicos quando necessários.

Outras vantagens dessa modalidade AI são a ênfase na autonomia e na independência na construção do conhecimento, o número vasto de alcance da capacitação, obtenção imediata dos resultados das avaliações aplicadas, alunos poderem matricular-se de forma independente, em qualquer momento, sendo flexibilizado o uso do material educativo de acordo com sua disponibilidade de tempo¹¹². Nos cursos disponibilizados atingimos mais de setenta e cinco mil pessoas, o que não seria possível em cursos mediados por tutoria.

Um ponto positivo e importante nos cursos com mediação de tutores-facilitadores é a figura do tutor como educador, indicando novos caminhos e propiciando a interação entre os conteúdos e os cursistas, contribuindo assim para uma reflexão dos conceitos, de modo que esse processo de construção possa ser tão valioso quanto o ensino presencial. Outro ponto que deve ser considerado é o vínculo estabelecido com os alunos e as trocas de experiências que são proporcionadas principalmente por tutores especialistas como foi o caso do curso de capacitação.

Nessa perspectiva, Moran (1994) pondera que o afeto é o ponto de interatividade entre as pessoas e promove dinamismo. E a partir dessa afirmação é possível pensar na dificuldade que alguns discentes podem encontrar ao cursarem uma capacitação online e o quanto devemos investir nos processos relacionais na tutoria em EAD, como forma de aquisição de conhecimentos e tornar o processo de aprendizagem mais eficaz¹¹³.

Por fim, recomenda-se a realização de mais estudos sobre o ensino da saúde mental na APS por meio da EAD, associado a aprendizagens ativas para contribuir no aprimoramento dos processos formativos de amplo alcance e na qualificação dos profissionais de saúde na abordagem integral do cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ensino do matriciamento através da EAD pode ser realizado e a prática do matriciamento ainda precisa ser fortalecida no Brasil. A utilização das metodologias ativas, como uso da problematização, foram recursos pedagógicos importantes no processo de aprendizagem apesar da resistência inicial dos alunos.

A avaliação por pares dos casos clínicos sobre uma família complexa também mostrou-se significativa e efetiva na instrução da abordagem em saúde mental na atenção primária, evidenciando uma mudança de atitude dos profissionais diante dos problemas de saúde mental e abordagem integral do cuidado.

A EaD é uma ferramenta de capacitação em larga escala e importante no acesso ao conhecimento em lugares remotos. Os cursos mediados por tutoria e os autoinstrucionais promovem a aquisição de novas competências em saúde mental nos cuidados primários e devem ser mais ofertados como estratégia de educação continuada para os profissionais de saúde

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Normas e Manuais técnicos [Série A, Pactos pela Saúde Brasil]. Política nacional de atenção básica. Brasília, 2006.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília: Diário Oficial da União; 2008.
3. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002.
4. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. Cad Saude Publica. 2008; 24(Supl. 1):7-27.
5. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. Rev. Panam. Salud Públ. /Pan Am. J. Public Health. 2007; 21(2): 64-176.
6. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. Cad Saude Publica. 2008; 24(Supl. 1):100-110.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
9. Sampaio LFR. Desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia saúde da família. Cad Saude Publica. 2008; 24(Supl. 1):19-21.
10. Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec; 2006.
11. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. A Implantação da Unidade de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. 44 p.
12. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 68 p.
13. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: núcleo de apoio a Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 157p.
14. Cunha GT, Campos GW de S. Apoio Matricial e de Atenção Primária em Saúde. Saude soc. [Internet]. 2011 [acesso em 2019 maio 27]; 20(4): 961-970. Disponível em:

- http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400013&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400013>.
15. Greenhalgh T. WHO/WONCA report - Integrating Mental Health in Primary Care: a global perspective. London J Prim Care (Abingdon). 2009;2(1):81-2. PubMed; PMID: 26042178.
 16. World Health Organization. Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. Report WHO/HTM/TB/2005.349. Geneva: Switzerland; 2005.
 17. Lancet Global Mental Health Group. Scale up services for mental disorders: a call for action. Lancet. 2007;370(9594):1241-1252.
 18. Fortes S, Villano LB, Lopes CS. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in. Rev Bras Psiquiatr. 2008; 30:32-7.
 19. Tomlinson M, Rudan I, Saxena S, Swartz L, Tsai AC, Patel V. Setting priorities for global mental health research. Bull World Health Organ. 2009 Jun;87(6):438-46.
 20. Goncalves, DA et al. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. Cad. Saúde Pública [Internet] 2014 [acesso em 7 out 2017];30(3) 623-632. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2014000300623&lng=en&nrm=iso>.
 21. Maragno L; Goldbaum, M.; Gianini, R.J. et al. Prevalence of common mental disorders in a population covered by the Family Health Program (QUALIS) in São Paulo, Brazil. Cad. Saúde Pública. 2006; 22(8):1639-1648.
 22. Rocha, SV, Almeida, MMG., Araújo, TM., & Virtuoso, JJS. Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. Rev. bras. de epidemiol. 2010;13(4), 630-640.
 23. Fonseca, MLG, Guimarães, MBL; Vasconcelos, EM. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: Uma revisão bibliográfica. Revista APS. 2008;11(3), 285-294.
 24. Gonçalves, DM; Kapczinski, F. Transtornos mentais em comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. Cad. Saúde Pública. 2008; 24(7), 1641-1650.
 25. Jansen, K, Mondin, TC, Ores, LC, Souza, LDM, Konradt, CE, Pinheiro, RT; Silva, RA. Transtornos mentais comuns e qualidade de vida em jovens: Uma amostra populacional de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. 2011. Cad. Saúde Pública, 27(3), 65-79.
 26. Lucelese R, Sousa K, Bonfim SP, Vera I, Santana FR. Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária. Acta paul. enferm. [Internet]. 2014 [acesso em 2019 jun 4]; 27(3): 200-207. Disponível em:

- http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000300200&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400035>.
27. Portugal, FB, Campos, MR, Gonçalves, DA, Mari, JJ; Fortes, SLCL. Qualidade de vida em pacientes da atenção primária do Rio de Janeiro e São Paulo, Brasil: associações com eventos de vida produtores de estresse e saúde mental. *Cien Saude Colet*. 2016. 21(2): 497-508.
 28. Murcho, N; Pacheco; Jesus, SN. Transtornos mentais comuns nos Cuidados de Saúde Primários: Um estudo de revisão. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 2016. (15): 30-36.
 29. Menezes, ALA. Intervenções psicossociais para transtornos mentais comuns na Atenção Primária à Saúde. [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2012.
 30. Machado, D; Camatta, M. Apoio Matricial como ferramenta de articulação entre a saúde mental e a atenção primária à saúde. *Cadernos de Saúde Coletiva*, 2013, Rio de Janeiro, 21(2), 224-32.
 31. World Health Organization. MH GAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: Mental Health Gap Action Programme (mhGAP); 2010.
 32. Prince M; Patel V; Saxena S; Maj M; Maselko J; Phillips MR. et al. No health without mental health. *Global Mental Health*. *Lancet*. 2007; 370:859-77.
 33. World Health Organization. Positioning Health in the Post-2015 Development Agenda: WHO Discussion Paper. Geneva: World Health Organization.
 34. Gregório G; Tomlinson M; Gerolin J; Kieling C; Moreira HC; Razzouk D; Mari JDE. O estabelecimento de prioridades de pesquisa em saúde mental no Brasil. *J.Rev Bras Psiquiatr* . 2012; 34 (4): 434-9.
 35. Mari, J.J. et al. Detection of psychiatric morbidity in the primary medical care setting in Brazil. *Rev. Saúde Públ*. 1987; (21): 501-7.
 36. Felker B.L; Chaney E. et al. Developing Effective Collaboration between Primary Care and Mental Health Providers *Prim Care Companion*. *J Clin Psychiatry* 2006;8:12-16.
 37. Chiaverini, D H et al, organizadores. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva; 2011. 236p.
 38. Campos, GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Cien Saude Colet*. 1999; 4(2):393-403.

39. Silva, JAM; Peduzzi, M. Educação no trabalho na atenção primária à saúde: interfaces entre a educação permanente em saúde e o agir comunicativo. *Saúde Soc.* 2011; 20(4):1018-1032.
40. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental. Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, 34).
41. World Health Organization. Organização Mundial da Saúde. Integrating mental health into primary care: a global perspective. Geneva: WHO/WONCA; 2008.
42. Gazignato, ECS; Castro-Silva, CR. Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. *Saúde Debate.* 2014; 38 (101): 296-304.
43. Martins, AKL. et al. Mental Health practices in the family health strategy: an exploratory study. *J. Res.: Fundam. Care Online.* 2015; 7 (1):1905-1914.
44. Penido, C et al. Saúde mental na atenção básica: dividir ou somar apoios matriciais? *Ver. Polis e Psique.* 2018;8(1):33-51.
45. Silva, VLS; Nespoli, ZB. Ambientes Virtuais de Aprendizagem como estratégia de educação permanente para profissionais do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária. *Cadernos ESP[Internet].* 2012 [acesso em 2017 out 7]; 6 (2): 60-76. Disponível em: <
<http://www.esp.ce.gov.br/cadernosesp/index.php/cadernosesp/article/viewFile/81/pdf>.
46. World Health Organization. Positioning Health in the Post-2015 Development Agenda: WHO Discussion Paper. Geneva: World Health Organization; 2012.
47. Docherty, C, Hoy, D; Topp, H; Trinder, K. E-learning techniques supporting problem based learning in clinical simulation. *Int. J. Med. Inform.* 2005;74: 527-533.
48. Chumley-Jones, H.S; Dobbie, A; Alford, CL. Web-based learning: sound educational method or hype? A review of the evaluation literature. *Acad. Med.* 2002; 77: S86-93.
49. Castro, NMN; Ferreira, LDV. TD & E a distância: múltiplas mídias e clientelas. In: Borges-Andrade JE, Abbad, GS, Mourão, L. organizadores. *Treinamento, desenvolvimento e educação em organizações e trabalho: fundamentos para a gestão de pessoas.* Porto Alegre: Artmed; 2006. p.322-329.
50. Almeida, OCS. Evasão em cursos a distância: validação de instrumento, fatores influenciadores e cronologia da desistência. [dissertação] [Internet]. Brasília: Universidade de Brasília; 2018. [acesso em 2018 out 22]. em:http://www.unb.br/face/ppga/arquivos/dissertacoes/Evasao_em_Cursos_a_Distancia.pdf. Acesso em: 22 out. 2018.
51. Dziuban, CD; Hartman, JL; Moskal, PD. Blended learning. *Educause Centro de Pesquisa Aplicada*, 2004 (7).

52. Moran, J. M. Mudando a educação com metodologias ativas. *Convergências Midiáticas, Educação e Cidadania: aproximações jovens*. Ponta Grossa: UEPG Foca. Coleção Mídias Contemporâneas. 2015.
53. Araújo, IS; Mazur, E. Instrução pelos colegas e ensino sob medida: uma proposta para o engajamento dos estudantes no processo de ensino-aprendizagem de Física. *Caderno Brasileiro de Ensino de Física*. 2013; 30(2): 362-384.
54. Berbel, NAN. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. *Semina: Ciências Sociais e Humanas*. 2011;32(1), 25.
55. Roman, C; Ellwanger, J; Becker, GC; Silveira, AD; Machado, CLB; Manfroi, WC. Metodologias ativas de ensinoaprendizagem no processo de ensino em saúde no Brasil: uma revisão narrativa. *Clinical & Biomedical Research*. 2017; 37(4), 349-357.
56. Pereira, ALF. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. *Cad Saude Pública*. 2003; 19(5):1527-1534.
57. Cyrino, EG; Toralles-Pereira, ML. Trabalhando com estratégias de ensino aprendido por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(3), 780- 788.
58. Berbel, NAN. Metodologia da problematização: experiências com questões de ensino superior, ensino médio e clínica. Londrina: EDUEL, 1998b. 251 p.
59. Berbel, NAN. Metodologia da problematização: uma alternativa metodológica apropriada para o ensino superior. *Semina: Ciências Humanas e Sociais*. 1995;16 (2): 9-19.
60. Berbel, NAN, organizadora. Metodologia da Problematização no Ensino Superior e o exercício da práxis. *Semina: Ciências Humanas e Sociais*. 1996;17, Ed. Especial.
61. Berbel, NAN. Metodologia da problematização: fundamentos e aplicações. Londrina: EDUEL. 1999. 196 p.
62. Berbel, NAN, organizadora. Conhecer e intervir: o desafio da metodologia da problematização. Londrina: EDUEL. 2001.
63. Bordenave, JD; Pereira, AM. Estratégias de ensino aprendizagem. 4. ed. Petrópolis: Vozes. 1989. 312 p.
64. Crouch, CH; Watkins, J; Fagen, AP; Mazur, E. Peer Instruction: Engaging Students One-on-One, All At Once. *Research-Based Reform of University Physics*. 2007; 1:1-55.
65. Lebrun, Marcel. Teorias e Métodos Pedagógicos para Ensinar a Aprender. Lisboa: Instituto Piaget. 2002.

66. Pinto, ASS; Bueno, MRP; Silva, MAFA; Sellman, MZ; Koehler, SMF. Inovação Didática - Projeto de Reflexão e Aplicação de Metodologias Ativas de Aprendizagem no Ensino Superior: uma experiência com —peer instruction. 2012; 6 (15):75-87.
67. Gregório, M; Silva, P. Construtivismo e aprendizagem: uma reflexão sobre o trabalho docente. Educação. 2012; 2 (1):51-66.
68. Limbach, B; Waugh, W. Developing higher level thinking. Journal of Instructional Pedagogies. 2010;3:1-9.
69. Krathwohl, David R. A revision of bloom's taxonomy: an overview. Theory into Practice. 2002; 41 (4):212-218.
70. Freire P. Pedagogia do oprimido. 38.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 2004.
71. Mitre, SM. et al. Metodologias ativas de ensino aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. Cien Saúde Colet. 2008;13:2133-2144. Suplemento 2. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000900018>.
72. Maguerez, C. Elementos para uma pedagogia de massa na assistência técnica agrícola: relatório. Campinas: Coordenadoria de Assistência Técnica Integral da Secretaria da Agricultura do Estado de São Paulo; 1970.
73. Pinto, J. A avaliação como estratégia de formação. In R. d'Espiney & R. Canário organizadores. Uma escola em Mudança com a comunidade – Projecto ECO, 1986-1992. Experiências e Reflexões. Lisboa: I.I.E. 1994. p.1986-1992.
74. Black P, William D. Theory and Practice in the Development of Formative Assessment. Paper presented at the King's College; 2001 Aug. London: University of London; 2001.
75. Hadji, C. Avaliação desmistificada. Porto Alegre: Artmed; 2001.
76. Borges, M. et al. Avaliação formativa e feedback como ferramenta de aprendizado na formação de profissionais da saúde. Revista da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e do Hospital das Clínicas da FMRP. 2014;47(3):324-331.
77. Santos, MC; Leite, MCL. A avaliação das aprendizagens na prática da simulação em enfermagem como feedback de ensino. Rev Gaúcha Enferm. 2010;31(3):552-556.
78. Silva, MHS; Lopes, JP. Três estratégias básicas para a melhoria da aprendizagem: Objetivos de aprendizagem, avaliação formativa e feedback. Revista Eletrônica de Educação e Psicologia. 2016;7:12-31.
79. Ramos, DK. Aspectos pedagógicos e tecnológicos da concepção e desenvolvimento de propostas de E-learning. Colabor@-A Revista Digital da CVA-RICESU. 2005;3 (9)
80. Andrade, DF; Tavares, HR; Valle, RC. Teoria de resposta ao item: conceitos e aplicações. São Paulo: ABE – Associação Brasileira de Estatística. 2000.

81. Costa, FJ. Mensuração e desenvolvimento de escalas: aplicações em administração. Rio de Janeiro: Ciência Moderna; 2011.
82. Mattar, FN. Pesquisa de marketing. 3.ed. São Paulo: Atlas; 2001.
83. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011
84. Morton, PG. Creating a laboratory that simulates the critical care environment. Crit. Care Nurse. 1995;16(6):76-81.
85. Jeffries, PR; Mcneilis, AM; Wheeler, CA. Simulation as a vehicle for enhancing collaborative practice models. Crit Care Nurs Clin N Am. 2008;(20): 471-480.
86. Kloetzel, K. Raciocínio clínico. São Paulo: EDART; 1977.
87. Bogdan, RC; Biklen, SK. Investigação qualitativa em educação. Porto (Portugal): Porto Editora; 1994.
88. Bentes, MCB; Kato, OM. Fatores que afetam a evasão na educação a distância: curso de administração. Psicol. Educ. 2014; (39):31-45.
89. Bittencourt, IM.; Mercado, LPL. Evasão nos cursos na modalidade de educação a distância: estudo de caso do Curso Piloto de Administração da UFAL/UAB. Ensaio: aval. pol. públ. Educ. 2014;22(83):465-504.
90. Silva, PCD; Shitsuka, R; Paschoal, PAG. Afetividade nas interações em AVA: um estudo sobre a interação na educação a distância. RBAAD da ABED. 2015; 14, (1):11-20.
91. Brindley, JE. Apoio ao aluno em educação online: essencial e evoluindo. In: ZawackI-Ritchter, O.; Anderson, T. Educação a distância online: construindo uma agenda de pesquisa. São Paulo: Artesanato Educacional; 2015. p. 295-318.
92. Barros, SBB. Simulações realísticas na Educação a distância: uma proposta de disciplina de formação de docentes on-line. [dissertação]Rio de Janeiro:Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2017.
93. Netto, C, Guidotti, V; Santos, P. K. (2012). A Evasão na EaD: investigando causas, propondo estratégias. In: II Conferencia Latinoamericana sobre el Abandono de la Educación Superior (IICLABES). 2012.
94. Teixeira, N. F., & Almeida, P. V. Formação de Professores na Educação a Distância e a Prática Reflexiva. Revista EaD em foco.2015; 5(3), 1-14.
95. Fiuza, P. J; Sarriera, J. C. Motivos para adesão e permanência discente na educação superior a distância. Psicologia: Ciência e Profissão. 2013; 33 (4): 884-901.
96. Guimarães, SMM. Permanência discente: gestão da EaD no Instituto Federal do Norte de Minas Gerais: estudo de caso. [dissertação] Brasília:Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

97. Lott, ACO et al. Persistência e Evasão na Educação a Distância: Examinando Fatores Explicativos. *Revista Eletrônica de Ciência Administrativa*. 2018;17 (2):149-171.
98. Borges, M. et al. Avaliação formativa e feedback como ferramenta de aprendizado na formação de profissionais da saúde. *Revista da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e do Hospital das Clínicas da FMRP*. 2014;47(3):324-31.
99. Fernandes, D. Para uma teoria da avaliação formativa. *Rev. Port. de Educação*. 2006;19(2):21-50.
100. Paiva, VLMO. *Feedback em Ambiente Virtual*. Pelotas: EDUCAT; 2003.
101. Santos, MC; Leite, MCL. A avaliação das aprendizagens na prática da simulação em enfermagem como feedback de ensino. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2010;31(3): 552-556.
102. Silva, MHS; Lopes, JP. Três estratégias básicas para a melhoria da aprendizagem: objetivos de aprendizagem, avaliação formativa e feedback. *Revista Eletrônica de Educação e Psicologia*. Portugal. 2016;7: 12-31.
103. Menezes, ALA, Athie, K, Favoreto ,CAO, Ortega, F, Fortes, S. Narrativas de sofrimento emocional na Atenção Primária: contribuições para uma abordagem integral culturalmente sensível em Saúde Mental Global. *Interface [Internet]*. 2019 [acesso 2019 Jun 3]; 23: e170803. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100222&lng=en.
104. Barros JO, Gonçalves RMA, Kaltner R.P, Lancman S. Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. *Cien Saude Colet*. 2015;20(28):47-56.
105. Oliveira MM, Campos GWS. Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. *Cien Saude Colet*. 2015;20(2):29-38.
106. Surah A, Baranidha GS. Dor crônica e depressão. *Continuando Educ Anesth Crit Cuidado Dor*. 2014; 14 (2): 85-89.
107. World Health Organization. *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. 2017. Geneva: World Health Organization.
108. Brito A, Schaab BL, Remor E. Avaliação psicológica de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis. In: Hutz CS, et al., organizadores. *Avaliação psicológicas nos contextos de saúde e hospitalar*. Artmed; 2019.
109. Eksterman, A. Abordagem psicodinâmica dos sintomas somáticos. *Revista Bras. de Psicanálise*. 1994;28(1): 9-24.
110. Mattos, M; Maruyama, SAT. A experiência de uma pessoa com doença renal crônica em hemodiálise. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2010; 31(3):428-34.

111. Bottentuit Junior, JB. Cursos Online Abertos e Massivos (MOOCS): possibilidades de formação continuada a distância. *TICs & EAD em Foco*. 2015;1(1): 1-19.
112. Moran, JM. Interferências dos meios de comunicação no nosso conhecimento. *Rev. Bras. de Com.* 1994;17(2):38 -49.

APÊNDICE A - Casos clínicos e perguntas norteadoras

Os casos clínicos referentes a cada módulo do curso e suas questões norteadoras são descritos a seguir:

Módulo 2 – Processos de trabalho colaborativo em Saúde Mental na APS

Neste módulo foi abordado os cuidados colaborativos em saúde mental na atenção primária e sua contribuição para a construção de um sistema de cuidado integral. Também foi descrito o que é apoio matricial e o processo de matriciamento enquanto modelo brasileiro de cuidados colaborativos, assim como o conceito de campo e núcleo. Foram abordados os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) e seu suporte a Estratégia de Saúde da Família (ESF), a organização e os componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), os instrumentos para realização do apoio matricial: o Plano Terapêutico Singular (PTS), a interconsulta, a consulta conjunta e a visita domiciliar conjunta.

Caso clínico e questões norteadoras:

Durante a reunião de equipe, o agente comunitário de saúde pede para compartilhar uma situação familiar cujo cadastro foi realizado durante a última semana. Na casa moram Dona Elza, 63 anos, diabética, seu genro, José de 22 anos e o neto Augusto de 4 anos. Dona Elza estava bastante aflita, pedindo ajuda. Segundo esta, há oito meses sua filha Joana, mãe de Augusto e esposa de José, faleceu. Joana e José sempre beberam muito e faziam uso esporádico de cocaína, após a morte de sua filha, José passou por um período de muita tristeza, se isolando da convivência familiar e saindo cada vez mais para fazer o uso de álcool e drogas. Neste período perdeu o emprego e chegou ao ponto de passar uma semana fora de casa sem dar notícias. No último final de semana, ele foi levado às pressas para o hospital após ter sido atropelado no bairro onde reside. Segundo os vizinhos, este apresentava comportamento muito estranho, com falas de que alguém o estaria perseguindo. Dona Elza está assustada sem saber o que está acontecendo com o genro. Além disso, está preocupada com a situação financeira da família, pois, ela não trabalha e quem sustentava a todos eram José e Joana.

Atualmente tem pedido doações de comida a igreja que frequenta. A equipe fica muito preocupada com o relato e decide agendar consulta para Dona Elza e Augusto na unidade, ouvir melhor a situação e avaliar a saúde dos dois. Durante a consulta, Dona Elza e Augusto

foram avaliados clinicamente, sendo solicitada a avaliação da glicemia e bioquímica da idosa. Ela está bastante preocupada com o comportamento de José, que acabou perdendo o emprego, além disso, ainda está muito triste pela perda de sua filha. Dona Elza não possui nenhuma aposentadoria e mesmo com a ajuda da igreja, falta dinheiro para os produtos de limpeza, higiene e etc. Augusto manteve-se quieto e apático, apesar de estar com a vacina em dia e com o desenvolvimento adequado para sua idade. Após acolher a família, a equipe fica insegura em como deve conduzir a situação, tendo em vista o caráter agudo de José e a vulnerabilidade psicossocial envolvida. Decidem, então, solicitar o apoio matricial em saúde mental do Núcleo de Apoio a Saúde da Família.

QUESTÃO NORTEADORA 1: Histórias como essas são comuns no contexto das Equipes de Saúde da Família, diante de situações tão complexas é natural que a equipe fique em dúvida em como manejá-las. Deste modo, é possível solicitar apoio matricial de profissionais de outras especialidades para auxiliar na construção do cuidado. O que é apoio matricial? Quando solicitá-lo e quais equipes podemos acionar?

QUESTÃO NORTEADORA 2: Na situação narrada, a equipe de saúde da família decide solicitar o apoio matricial da equipe de NASF que trabalha no território da unidade de saúde. Do seu ponto de vista, que profissionais poderiam ser acionados levando em conta o relato do caso? Um dos pontos fundamentais do matriciamento é a troca de saberes. Pensando nisso quais saberes poderiam ser articulados nessa discussão?

Em seguida à solicitação do apoio matricial, foi agendada consulta compartilhada entre médico e matriciador de saúde mental. Após visitar o genro no hospital e durante o atendimento, Dona Elza conta que José está se recuperando de uma cirurgia na perna, porém, ainda se sente perseguido e se agita com frequência e por isso, há um psiquiatra acompanhando a internação junto a equipe de referência do hospital. Após o questionamento da psicóloga sobre a história de vida de José e sua relação com o álcool, Dona Elza relata que ele mudou de cidade e perdeu o contato com os familiares. O mesmo mudou algumas vezes de emprego, por desentendimentos no trabalho e por vezes que faltou a compromissos importantes por conta da bebida. Nunca frequentou nenhum tipo de tratamento. A idosa teme que ele não consiga voltar a trabalhar e a família não tenha mais fonte de renda. Quando questionada sobre o comportamento atual de seu neto Augusto, Dona Elza relata que, após o falecimento de sua filha, este vem apresentando distanciamento das brincadeiras com outras

crianças. Costumava interagir bastante com a avó, porém está mais quieto e sem interesse em conversar. O mesmo desinteresse é observado durante a consulta, na qual ele permanece cabisbaixo, apesar de terem lhe oferecido alguns brinquedos.

Após finalizarem a consulta conjunta e continuando a interconsulta, a equipe de referência e de apoio discutem o caso e traçam estratégias de cuidado para a situação em questão, construindo um projeto terapêutico singular. A agente de saúde fica responsável por acompanhá-la ao Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e discutir a situação, verificando, junto da equipe do CRAS, a possibilidade da família passar a receber algum benefício neste momento em que José está se tratando e sem perspectivas de trabalho. Em relação a Augusto, a equipe optou por acolhê-lo no grupo de criança que é realizado semanalmente na unidade em parceria entre a enfermagem, a psicóloga matriciadora e a terapeuta ocupacional. A enfermeira se comprometeu a entrar em contato com o hospital para verificar a situação de José e previsão de alta, tal como discutir a continuidade do acompanhamento fora do contexto hospitalar.

QUESTÃO NORTEADORA 3: O processo de matriciamento requer a estruturação de novas tecnologias para sua implementação. Essas intervenções constituem-se de ações de tecnologia leve, segundo o conceito de Mehry; Onocko (1997). Algumas intervenções desse tipo têm sido desenvolvidas na prática assistencial em unidades de atenção primária do SUS. Assim, é importante definirmos: quais os instrumentos do processo de matriciamento e o que caracteriza uma interconsulta?

QUESTÃO NORTEADORA 4: Durante a situação narrada a equipe de referência e equipe de apoio decidiram montar um Projeto Terapêutico Singular (PTS) com objetivo de organizar as ações que seriam realizadas por todos. Na sua opinião quando é necessário a montagem de um PTS e em que medida ele auxilia na qualificação do cuidado? Quais seriam os principais pontos a serem incluídos no PTS do caso em questão?

Diante do que foi pactuado no projeto terapêutico, Augusto passou a frequentar o grupo de crianças e foi se sentindo mais à vontade com a equipe. Pode, através de brincadeiras, falar sobre sua mãe e seu pai e tirar dúvidas sobre o que havia ocorrido com eles. Dona Elza, por sua vez foi ao Centro de Referência da Assistência Social e foi orientada sobre o processo de benefício e passou a frequentar um grupo de geração de renda a partir do artesanato. Estava confiante em tentar melhorar a situação financeira em que vivia. A igreja

continuava a ajudá-la na alimentação. Em relação a José, a equipe de referência discutiu o caso com a equipe de saúde mental do hospital e informaram que, dentro de uma semana, ele estaria recebendo alta hospitalar. As duas equipes avaliaram a possibilidade de acionar o Cento de Atenção Psicossocial especializado em álcool e drogas para compartilhar o cuidado com a Equipe de Saúde da Família, diante da fragilidade familiar, da vulnerabilidade psicossocial e da manutenção da alteração comportamental mesmo após o fim da abstinência. A psicóloga matriciadora, sugeriu levar o caso para o fórum de rede, espaço privilegiado para a articulação entre os serviços do território. Era a primeira vez que levariam um caso no fórum e com isso, aproveitariam para saber mais sobre fluxos de compartilhamento do cuidado com outros serviços e traçar parcerias.

QUESTÃO NORTEADORA 5: Quem faz o quê? Qual o papel dos diferentes atores da rede de cuidados?

QUESTÃO NORTEADORA 6: Quais as particularidades da RAPS e onde ela se encontra com a RAS?

A Equipe do Hospital onde José estava internado se articulou com a Equipe de Saúde da família, NASF e CAPS AD para planejar a alta de José. Assim, na primeira semana após a alta hospitalar, a enfermeira e ACS da ESF realizaram uma visita compartilhada com o CAPS AD. Dona Elza e Augusto, por já conhecerem alguns profissionais foram bastante receptivos, já José ficou um pouco incomodado e não quis conversar muito, porém falou que estava difícil de andar por conta da dor que estava sentindo em sua perna e do incômodo na hora de se locomover. As equipes ofereceram medicação para a dor na perna e aproveitaram para conversar sobre a medicação psiquiátrica, o que foi bem aceito por José que ficou feliz com a possibilidade de não sentir dor. A enfermeira, ofereceu, ainda a possibilidade dele ir a unidade de saúde participar do grupo de reabilitação para a melhora de sua dor e locomoção. O grupo era realizado pela fisioterapeuta do NASF. José mostrou-se interessado em andar melhor, porém continuava sem falar muito. No final da visita, a equipe do CAPS combinou de retornar em quinze dias para verificar como ele estava, as equipes pactuaram com a família que o agente comunitário iria visitá-lo todas as semanas para saber sobre a família e convidar José para ir a unidade de saúde participar do grupo de reabilitação. Com o passar do tempo, José aderiu ao grupo de fisioterapia e por meio deste, a equipe de saúde pode acompanhar toda família, já que Dona Elza e Augusto costumam aguardá-lo na unidade. Além disso, José

passou a ir ao CAPS AD duas vezes na semana, no qual participa de um grupo terapêutico. Já Augusto passou a se interessar mais por brincadeiras e por conversas com a equipe, com a avó e outras crianças da vizinhança, se aproximando aos poucos do seu comportamento de base. A avó e a equipe aguardam o período de adaptação na creche para avaliar a necessidade de permanência no grupo de crianças da unidade.

Módulo 3 – Tecnologias de cuidado integral em saúde

Neste módulo apresentamos as técnicas de manejo profissional para a abordagem ao paciente e sua família considerando os aspectos relacionados a prática da integralidade a partir do modelo de cuidados colaborativos em saúde mental. Além disso, foram abordados os grupos interdisciplinares, a importância dos cuidados com a família e a sua participação para o desenvolvimento de ações que visam a assistência ao paciente, bem como a apresentação de alguns instrumentos importantes para avaliação familiar.

Caso clínico e questões norteadoras:

a) Dados pessoais:

- e) Nome: Angélica dos Santos Lima
- f) Idade: 33 anos
- g) Natural de Pernambuco
- h) Empregada doméstica, diarista
- i) Casada com Marcelo (40 anos) há 15 anos
- j) Possui três filhos: Joaquim (12), Marcia (9) e Rodrigo (7)
- k) Considera-se evangélica, mas diz não frequentar igreja assiduamente.

b) Antecedentes pessoais e familiares:

A família mora em uma comunidade do Rio há cerca de um ano, a convite de uma prima do marido de Angélica (Solange), que já morava lá. A família saiu do Nordeste há cinco anos para tentar uma vida melhor, pois o marido de Angélica, encanador, estava desempregado. Os pais dela ficaram em Pernambuco (interior). Seu pai era hipertenso e alcoolista, e faleceu de acidente vascular cerebral (AVC); a mãe é viva, mas sofre de demência. Quando criança Angélica testemunhou cenas de violência familiar entre os pais.

c) História da doença atual (HDA)

Apesar de cadastrada na ESF, Angélica não conhece seu agente comunitário de saúde (ACS) (Claudio), não gosta de receber visitas de “estranhos” e, desde que chegou ao Rio, entendia não ter razão para ver um médico. Mesmo desconfiada do atendimento que vai receber, vai à unidade pela primeira vez, em busca de ajuda, por demanda espontânea, referindo forte dor de cabeça (frequente e na nuca); desânimo; dor lombar; cansaço; fraqueza, diz que seu sangue deve estar “ruim” (pede um exame de sangue) e, às vezes, sente vontade de sumir (sem ideiação suicida). Considera-se muito preocupada.

Não pode adoecer diante da possibilidade de tornar-se hipertensa, como seu pai. Seu salário é atualmente a única fonte de renda da família, por isso ela não pode ficar acomodada. Trabalha em três residências e busca outra para aumentar sua renda.

O marido está desempregado há mais de dois anos e, desde então, bebe excessivamente. Há três meses piorou tanto a compulsão por bebida que nem bicos consegue fazer. Várias vezes, por estar muito embriagado, ele precisou da ajuda de amigos para chegar em casa, e, no dia seguinte, sente-se envergonhado diante da família. Angélica teme que seu marido fique violento, a exemplo do pai dela em relação à mãe, mas, ao mesmo tempo, sente pena dele.

Os filhos de Angélica ficam sozinhos em casa durante um turno, pois não há escolas em tempo integral na comunidade onde vivem. Diante disso, ela se preocupa com o filho mais velho, Joaquim, de 12 anos, que anda com más companhias.

Acredita que o motivo de grande parte de seus problemas é castigo de Deus por não ir à igreja local com frequência. - Exame físico: 150/95 mmHg e sobrepeso (1,65 m e 75 kg).

QUESTÃO NORTEADORA 1: Como é o cuidado que a unidade deve oferecer à paciente nesse primeiro contato?

QUESTÃO NORTEADORA 2: O modelo de cuidado em saúde, proposto no Brasil, tem como um dos seus princípios a integralidade. Descreva como você aplicaria esse modelo no caso da personagem Angélica.

QUESTÃO NORTEADORA 3: Como deve ser o acolhimento nesse caso?

QUESTÃO NORTEADORA 4: Quais dificuldades da equipe você percebe diante do encontro da paciente na consulta de enfermagem?

QUESTÃO NORTEADORA 5: Dentro de uma abordagem centrada na pessoa, como você entende a maneira como Angélica explica seu adoecimento?

QUESTÃO NORTEADORA 6: Quais ferramentas podem auxiliar no manejo das famílias na Atenção Básica?

Módulo 4 – Clínica da Saúde Mental na APS

Neste módulo, foi apresentada a estória do casal Pedro e Regina, para a abordagem aos transtornos mentais comuns - TMC. A situação trouxe informações que espelham contextos da realidade brasileira, exemplificando problemas que muitas pessoas vivenciam, exprimindo as dificuldades e vulnerabilidades sociais que atravessam, revelando a aflição e as manifestações de sofrimento que muitas expressam ao enfrentar situações complexas e frágeis e condições de vida.

Foram descritas as principais apresentações dos TMCs na atenção primária, os principais fatores de risco, o manejo farmacológico dos principais Transtornos Mentais Comuns, bem como as técnicas para uma abordagem psicossocial do cuidado ao paciente com sofrimento psíquico.

Caso clínico e questões norteadoras:

Pedro, 42 anos, natural do Amazonas, morador da periferia do Rio de Janeiro, casado, tabagista, trabalhava como motorista de ônibus há oito anos e recentemente ficou desempregado. Estava no mercadinho perto de sua casa quando começou a passar mal sentindo as mãos suarem, o coração disparar, tonteira, além de ter a impressão de que “ia bater pino”. Foi imediatamente levado por parentes para atendimento no hospital de emergência local, onde passou por uma avaliação clínica sendo aferida pressão 140 por 90 mmHg. Também fez um eletrocardiograma (ECG) e dosagem enzimática cardíaca para avaliação de infarto agudo do miocárdio (IAM), não sendo constatadas quaisquer alterações nos exames. Ainda alarmado, Pedro buscou atendimento particular com um cardiologista, que lhe receitou bromazepam em função do seu nervosismo. Poucos dias depois dessa consulta, Pedro passou mal novamente, sentindo os mesmos sintomas anteriores. Dessa vez, porém, decidiu buscar ajuda na clínica da ESF, onde sua esposa Regina está sendo acompanhada, com o intuito de renovar a sua receita de bromazepam, dado que esta é de uso controlado.

Maranhense de Alcântara, Regina, 39 anos, conheceu Pedro há cerca de 20 anos, quando ele lá esteve para ser padrinho de casamento de um sobrinho de sua mãe Dona Ivone. Poucos anos depois, perseguindo uma boa oportunidade de trabalho, Pedro e Regina mudaram-se para o Rio de Janeiro e tiveram três filhos: Alexandre (18 anos), Fábio (15 anos) e Luana (7 anos).

Nos últimos quatro meses, Regina tem se sentido muito desanimada e sem disposição para cumprir tanto suas atividades domésticas, quanto suas tarefas de costureira. Evita se relacionar com os vizinhos porque todos “sabem” que Pedro, quando bebe demais, a agride na frente dos filhos e da sogra. Agendou uma consulta na ESF na qual relatou ao médico que, além do cansaço, vem emagrecendo bastante apesar de não estar fazendo dieta. Disse que não “dá conta” de suas responsabilidades, exemplificando com o fato de ter perdido a data para matricular Fábio e Luana na escola, o que acarretou na perda do direito a receber a bolsa família do governo. Isso agravou sua ideia de que é uma inútil. Regina também se queixou de que seu estado piorou depois que sua sogra D. Ivone começou a morar com eles e seu filho mais velho passou “dar umas sumidas”. Ademais, Regina não consegue se acostumar com o som dos tiros durante a madrugada e teme que seu filho possa se envolver em atividades ilegais.

Após o falecimento do pai de Pedro há oito meses, D. Ivone (67 anos) veio do Maranhão para o Rio de Janeiro. Portadora de HAS e DM, ela está muito nervosa com a situação de sua família. Irritada com o desleixo de Regina com a casa e com os netos fora da escola, tem brigado muito com sua nora. Mesmo tomando diazepam todas as noites, não consegue dormir direito com tantas preocupações e passa noites em claro pensando: “como será o sustento de todos? Como vamos viver?” A artrose vem dificultando bastante a sua locomoção nas redondezas (inclusive até a ESF) onde há muitas ladeiras e escadas e sente-se um “peixe fora d’água” na comunidade, pois ainda não conhece ninguém além de seus familiares.

APÓS ALGUM TEMPO...

Regina não retornou à ESF para fazer a consulta de acompanhamento e piorou. Ultimamente, não vê saída para os problemas que sua família está passando, só pensa em coisas muito ruins e não tem tido forças para levantar da cama pela manhã. Sente-se cada vez mais fraca. Esperança, sua vizinha e agente comunitária de saúde, está muito assustada com a

falta de reação de Regina diante dos problemas, visto que sempre a viu como uma mulher muito batalhadora.

QUESTÃO NORTEADORA 1: Pedro, Regina e Ivone, pacientes do caso descrito, apresentam Transtornos Mentais Comuns, a forma mais comum de apresentação do sofrimento psíquico na APS. Que tipo de problema de saúde mental Pedro, Regina e Ivone têm em comum?

QUESTÃO NORTEADORA 2: No contexto da Atenção Primária em Saúde (APS), como identificar as apresentações clínicas de ansiedade e depressão e como estar atento a seus sinais de gravidade?

QUESTÃO NORTEADORA 3: Como abordar um paciente com sintomas de sofrimento psíquico quando ele chega na unidade da ESF? Quais as principais complicações associadas a dificuldades em seu manejo?

QUESTÃO NORTEADORA 4: Qual a principal complicação clínica relacionada ao agravamento dos Transtornos Mentais Comuns e como esta pode ser evitada?

QUESTÃO NORTEADORA 5: Você faria um tratamento farmacológico usando medicação psicotrópica para cuidar destes pacientes? Em caso afirmativo, quais e como?

QUESTÃO NORTEADORA 6: Que intervenções psicossociais podem ser desenvolvidas no contexto da Atenção Primária à Saúde?

QUESTÃO NORTEADORA 7: Quando solicitar o suporte do matriciamento em saúde mental? Quando e como encaminhar para um serviço especializado? Como o matriciamento se articula com este encaminhamento?

QUESTÃO NORTEADORA 8: O que fazer pela família quando mais de um de seus membros demonstram estar passando por situação de sofrimento?

Módulo 5 – Transtornos Mentais Graves e Persistentes (TMGP)

Neste módulo foram apresentados os transtornos mentais graves e persistentes (TMGP), em sua maioria, caracterizados por sua gravidade clínica associada à duração da doença, grau de sofrimento emocional, nível de incapacidade laborativa, prejuízos nas relações interpessoais e dinâmica familiar. Esta foi uma denominação adotada para evitar o

caráter estigmatizante que adquiriram os termos crônico e cronicidade. Dessa forma, considerou-se a esquizofrenia como transtorno prototípico entre os transtornos mentais graves e persistentes que cursam com psicose. Em contraponto a este transtorno foram abordados outros tipos de transtornos classificados como graves e persistentes.

Inicialmente foram apresentados os transtornos que cursam com psicose, em geral, aguda e não são considerados TMGP.

Caso clínico e questões norteadoras:

O agente comunitário de saúde (ACS) Alexandre chegou ansioso à unidade de Saúde da Família e logo procurou o Dr. João, o médico de sua equipe. Relatou que uma família de sua área estava precisando de ajuda com urgência. Bernardo, o caçula da família, de 19 anos, há alguns dias vinha apresentando comportamento estranho e diferente do seu modo habitual de agir. Ele não estava mais saindo de casa, alegando que pessoas do quartel, onde começou a servir recentemente como soldado, estariam organizando um plano contra ele. Em casa, andava de um lado para o outro sem parar e parecia estar com muito medo. Dizia que estava sendo filmado por câmeras que os militares teriam instalado em sua casa, inclusive Bernardo afirmava que podia ouvir as vozes deles falando a seu respeito. Estava dormindo muito pouco e às vezes parecia falar sozinho. Ontem começou a comentar sobre um plano de fuga para fora do país, o que estava deixando seu pai muito preocupado, sem saber o que fazer. Já tinham tentado esquecer essas ideias, mas sem sucesso.

O ACS Alexandre trouxe um relato bastante detalhado de um conjunto de alterações comportamentais apresentadas por Bernardo. O Dr. João identifica imediatamente a necessidade de avaliar o quanto antes o paciente. Entretanto, a partir do relato do ACS, pode-se iniciar um exercício diagnóstico preliminar. Para tanto, ele precisa identificar os principais sinais e sintomas presentes no relato e agrupá-los em uma síndrome, levando em conta inclusive o tempo de evolução do quadro.

QUESTÃO NORTEADORA 1: Considerando esses aspectos, quais são os principais sinais e sintomas presentes no relato de Alexandre e como eles podem ser sindromicamente agrupados?

QUESTÃO NORTEADORA 2: Um aspecto importante a ser considerado é a existência de diferentes condições clínicas que cursam com sintomas psicóticos e, por isso, demandam

estratégias distintas de cuidado. Quais seriam as principais condições clínicas que cursam com psicose de especial interesse para os profissionais da atenção básica?

Dr. João solicitou que o ACS avisasse a família que faria uma visita domiciliar (VD) no fim do dia para avaliar Bernardo. Soube que o psiquiatra do Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), que atende duas vezes por semana na cidade, estava de férias e só retornaria em três semanas.

Na visita, Dr. João e Alexandre foram recebidos pelo pai de Bernardo e sua irmã Ana. Bernardo estava trancado em seu quarto, mesmo assim era possível escutá-lo falando sozinho. Tão logo Dr. João chegou ao local, os familiares falaram longamente sobre suas preocupações em relação a Bernardo, e Dr. João os ouviu atentamente e disse que estava lá para tentar ajudá-los e que entendia as preocupações.

Fez algumas perguntas mais específicas em relação ao quadro de Bernardo e basicamente confirmou as informações previamente coletadas por Alexandre, e pôde verificar também que Bernardo não fazia uso de álcool ou outras drogas, não tinha doenças clínicas conhecidas, e afora o início do serviço militar não teria passado por situações excepcionais recentemente.

Soube também que antes do início dos sintomas psicóticos não apresentou sintomas maníacos ou depressivos, embora estivesse mais isolado e menos comunicativo. Dr. João perguntou se Bernardo estava agressivo ou colocando-se em risco de algum modo. Exceto pelo plano de “fuga”, o pai negou que tais situações estivessem ocorrendo. Com um pouco mais de insistência da família, Bernardo aceitou conversar com o médico, e o ACS Dr. João ficou na porta do quarto de Bernardo, apresentou-se e disse que gostaria de saber se haveria algo que poderia fazer para ajudá-lo. Bernardo, que se mostrava desconfiado, pouco falou. Durante a breve conversa, Dr. João observou que Bernardo estava vígil, sabia onde estava e quem eram seus familiares. Dr. João perguntou, em certo momento, se ele ouvia vozes na cabeça ou se sentia perseguido ou ameaçado. Bernardo apenas olhou para trás e nada respondeu. Dr. João então lhe perguntou se haveria algo que o incomodava. Bernardo então disse que a única coisa que lhe incomodava era o "nervosismo". Dr. João comentou com Bernardo que poderia lhe passar um remédio para ajudá-lo. O paciente então, interrompeu a conversa e deitou-se em sua cama, cobrindo o rosto com um lençol, apertando os ouvidos com as mãos.

O médico então explicou aos familiares algumas questões importantes acerca dos transtornos psiquiátricos, em particular dos quadros psicóticos e em seguida discutiu com eles

se seria possível manter Bernardo sob observação constante em casa, garantindo assim uma "internação intradomiciliar" até que a medicação que ele prescreveria fizesse efeito. O pai disse que trabalhava o dia todo, que só estava ali porque era seu dia de folga, mas a filha, como estava de férias, poderia ficar cuidando do irmão.

Dr. João prescreveu então risperidona 4 mg/dia. Como em alguns momentos o paciente recusava a comida feita pela irmã, por achar que estava envenenada, decidiram que Alexandre passaria todos os dias em um horário combinado para administrar a medicação para Bernardo.

Após três semanas sem melhora significativa, o psiquiatra do CAPS, durante a VD conjunta com Dr. João a Bernardo, achou melhor aumentar a risperidona para 6 mg/dia. Na semana seguinte, a irmã, muito assustada, relatou ao ACS que Bernardo estava andando "todo duro, como um robô". Dr. João, após verificar esses sintomas, prescreveu, em associação à risperidona, riperideno 2 mg, duas vezes dia.

QUESTÃO NORTEADORA 3: A equipe de Saúde da Família viu-se diante de um relato de um quadro de psicose aguda ocorrendo em uma pessoa de sua área de abrangência. O psiquiatra do CAPS não estaria disponível para uma avaliação inicial e, diante do quadro, a equipe optou por começar a abordagem do paciente realizando uma visita domiciliar. Quais aspectos devem ser considerados como importantes pela equipe nessa abordagem?

QUESTÃO NORTEADORA 4: Considerando a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), quais são os antipsicóticos relacionados, as principais indicações, efeitos colaterais mais comuns, bem como as estratégias que podem ser utilizadas no contexto da atenção básica para maximizar a adesão ao tratamento farmacológico?

No dia seguinte à prescrição do Biperideno, Dr. João ao chegar à unidade de Saúde da Família foi abordado pelo pai de Bernardo. Dr. João perguntou se teria ocorrido algo com Bernardo. O pai imediatamente disse que não, mas gostaria de falar com o médico sobre uma preocupação que estava tendo. Disse para Dr. João que ao longo do último mês viu seu filho melhorar progressivamente. Tal situação deu-lhe confiança para fazer algumas perguntas ao médico.

Disse ter receio de que Bernardo esteja com a mesma "doença" da mãe, Francisca, internada há alguns anos em um hospital psiquiátrico de um município vizinho. Recentemente, a assistente social do hospital havia contactado a família para conversar sobre

a possibilidade de a paciente voltar para casa. Tal situação estava gerando ansiedade para todos da família.

Dr. João disse que precisaria conhecer melhor o caso da mãe de Bernardo para avaliar se poderia ou não ter a mesma doença. Disse que iria tentar descobrir mais sobre a situação e depois conversariam a respeito. No fim do dia, Dr. João conversou com a assistente social do Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF) para solicitar que entrasse em contato com o hospital em que a mãe de Bernardo estava internada para obter mais informações sobre o caso, tanto no que se refere ao quadro clínico quanto à perspectiva de alta.

A assistente social agendou uma visita ao hospital, na companhia da psicóloga do NASF para conhecer a paciente e participar de uma reunião com os profissionais que estavam acompanhando-a.

Na reunião, a psiquiatra do hospital fez um relato do caso de Francisca, mãe de Bernardo. Disse que ela tem 45 anos e seu problema mental apresenta uma longa evolução de pelo menos 20 anos. No início do quadro, apresentava alucinações, delírios persecutórios e episódios de heteroagressividade, principalmente contra o esposo. Nunca fez tratamento regular e seu marido a levava à emergência do hospital psiquiátrico quando entrava em "crise". Somando as várias reinternações, a heteroagressividade e as dificuldades da família em lidar com o caso, a paciente tornou-se de "longa permanência" (de internação prolongada em hospital psiquiátrico).

Nos últimos anos, seus sintomas foram se transformando, não fica mais agressiva nem apresenta alucinações tão frequentemente. Porém, permanece por longos períodos sem fazer qualquer atividade, quase não conversa, demonstra poucos interesses, e às vezes leva papéis que encontra no hospital e esconde-os embaixo de seu colchão. Sua psiquiatra informou que Francisca recusava algumas de suas medicações, afirmando que estas a matariam, mas, apesar disso, obteve melhora parcial dos sintomas. Assim, ela já estaria em condições de ter alta, desde que seus familiares consigam oferecer-lhe cuidados essenciais.

Dona Francisca apresenta ainda um quadro de hipertensão e diabetes, além de obesidade. As profissionais do NASF explicaram que o filho de Francisca começara a apresentar sintomas psicóticos e todos concordaram que seria melhor aguardar a melhora clínica dele para Dona Francisca poder retornar à sua casa. Enquanto isso, as profissionais do NASF fariam uma articulação com a equipe do CAPS, por haver o entendimento que ela poderia ter benefícios com um acompanhamento mais intensivo, a partir de sua participação nas atividades no CAPS.

QUESTÃO NORTEADORA 5: A preocupação do pai de Bernardo é que seu filho tenha um quadro que necessariamente irá evoluir como o da mãe. Conhecendo ambos os casos, o que poderíamos responder para o pai de Bernardo? Seu filho teria a mesma doença da mãe? E mais: Bernardo teria necessariamente o mesmo prognóstico da mãe?

QUESTÃO NORTEADORA 6: A ampliação da cobertura da ESF e dos CAPS no Brasil vem possibilitando a desinstitucionalização de pacientes com transtornos mentais graves, que até recentemente ficavam internados em hospitais psiquiátricos por muitos anos, e muitas vezes, ao longo de todas as suas vidas. Esse modelo de tratamento foi questionado pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, que propôs abordagens alternativas para esses casos. Como vem se constituindo a Reforma Psiquiátrica no Brasil? De que modo os diversos dispositivos da RAPS podem se organizar no acompanhamento desses casos? Quais são as funções da ESF/NASF/CAPS nesse acompanhamento?

Alguns dias depois, já sem apresentar distonia, e agora com remissão importante dos sintomas psicóticos, Bernardo foi com sua irmã à unidade conversar com Dr. João. Já estava conseguindo sair de casa e aos poucos começava a retomar as atividades habituais, com exceção do serviço militar. Seria avaliado por uma junta médica militar, que definiria se seria desligado ou não. Mas Bernardo não desejava voltar para o quartel. Ele gostaria de trabalhar com seu tio, em um bar próximo à sua casa. E assim foi feito, mantendo seu acompanhamento pela ESF, com o suporte do NASF.

Francisca retornou a casa após longos anos internada. A família precisou se readaptar ao seu convívio. Passava algumas horas do dia no CAPS fazendo atividades manuais. Ela gostava mais de participar da oficina de mosaico. Na unidade de Saúde da Família, passou a fazer parte dos programas de acompanhamento dos pacientes hipertensos e diabéticos, bem como colocou em dia seu exame preventivo de câncer de colo de útero.

Dr. João ajustou os hipoglicemiantes que usava, e como ela recusava terminantemente o "comprimido azul" (haloperidol), a psiquiatra do CAPS substituiu o haloperidol oral pelo haloperidol decanoato, duas ampolas (intramuscular) a cada quatro semanas. A enfermeira da equipe fez um bom vínculo com a paciente, conseguindo sua participação em algumas ocasiões no grupo de caminhada.

A filha mudou seus horários de trabalho, de modo que Francisca quase não ficava sozinha, pois quando a filha estava no emprego, ela ficava no CAPS. A assistente social do

NASF pesquisou quais benefícios sociais a paciente teria direito e que poderiam compor a renda familiar.

QUESTÃO NORTEADORA 7: Francisca e Bernardo, como visto anteriormente, apresentam a mesma doença, entretanto o plano terapêutico individual de cada um deles é diferente. Discuta sobre as semelhanças e diferenças nas estratégias adotadas para cada caso? Cite quais benefícios sociais a assistente social do NASF poderia indicar para o caso de Francisca.

Módulo 6 – Uso nocivo de substâncias – Álcool

Neste módulo foram descritos os transtornos mentais mais prevalentes relacionados ao uso do álcool, padrões de consumo e efeitos no organismo. Também foram apresentadas as principais abordagens terapêuticas para a assistência ao usuário que faz uso nocivo de álcool.

Caso clínico e questões norteadoras

A família de Dona Márcia e Seu Joaquim vive na comunidade de São João, na Zona Norte do Rio de Janeiro, desde quando o filho Leonardo nasceu em 2001. Eles vieram morar perto dos pais de Márcia, na comunidade, Seu Rodrigo e Dona Maria, para que eles ajudassem a tomar conta do neto, que atualmente tem 15 anos. Seu Joaquim é pedreiro e nunca teve problemas para arranjar emprego e Dona Márcia sempre foi doméstica em Copacabana.

Tudo teria sido muito tranquilo se não fosse os problemas enfrentados nestes 16 anos. Quando o filho Leandro tinha 4 anos, seu tio por parte do pai, Manoel, apresentou um surto psicótico e sumiu. Ele era usuário de álcool, muito introvertido, não trabalhava e tinha 30 anos quando sumiu. Só foi encontrado 4 meses depois, em São Gonçalo em situação de rua. A família de Seu Joaquim sofreu muito, mas não conseguiram enfrentar esse problema. Seu Joaquim, o irmão mais velho, foi quem o acolheu e assumiu seu cuidado. Hoje ele está com 42 anos, e mora num quartinho no quintal porque Dona Márcia não suportou conviver de perto com hábitos esquisitos e pouco higiênicos.

Nesta época, Seu Joaquim ficou muito triste e começou a beber cada vez mais. Inicialmente parava no bar todo dia depois do trabalho, para beber “umas garrafas com os

amigos”. Esse consumo foi aumentando, e já bebe todo dia antes de sair para trabalhar, e no almoço também. Isso tem trazido consequências físicas negativas, incluindo uma dor de estômago persistente e um tremor todo dia quando acorda. Na verdade, ele nunca mais foi o mesmo, e nem o nascimento da filha, Bela, que atualmente está com 6 anos, que o deixou muito feliz.

Morar com os sogros talvez não tenha sido uma boa ideia, pois a relação destes com seu filho Leandro também tem trazido muitos problemas. Seus avós sempre fizeram tudo por ele, por vezes feito até demais, e os pais não conseguem dar limites. Aos 14 anos ele abandonou a escola, e quando sai com os amigos, bebe demais, chegando bêbado em casa. Não trabalha e fica andando pela comunidade com amigos que a família não aprova.

Como se não bastasse, Dona Márcia anda se sentindo muito nervosa, desanimada e irritada, sem dormir direito, e acaba usando clonazepam que uma vizinha lhe dar. Ainda consegue ir trabalhar, mas quase não sai mais de casa para outras coisas e se diz que está incomodada com a opinião das vizinhas acerca de seu filho.

A avó, já viúva, está velha e doente, mas continua fazendo tudo o que os netos querem. Anda tendo crises de pressão alta e já teve um AVC, sem grande comprometimento, mas não para de fumar, o que preocupa a todos. Ela é atendida na ESF perto de casa. Como diz Joaquim, “é muito difícil conviver com isso tudo, tem dias que só bebendo para suportar”.

PERGUNTA NORTEADORA 1: Neste caso temos cinco pessoas que fazem uso de substâncias lícitas, porém não são situações idênticas. Caracterize esses quatro tipos de uso.

Devido ao abandono dos estudos por Leandro, a escola o encaminhou para o conselho tutelar e comunicou a equipe da ESF e do NASF. Assim sendo, a ESF fez uma visita à família para conversar sobre esta questão do Leandro e acabou abordando toda a família. Eles sempre acompanharam os sogros de Dona Maria, mas, desta vez conversaram com todo mundo, incluindo o estado de Dona Maria, sempre nervosa e impaciente, sentindo-se muito mal. Na visita ela conseguiu falar sobre suas preocupações com “os seus dois homens” e como sofria com toda essa situação.

O filho ficou muito emocionado com o sofrimento da mãe, e aceitou ir para uma consulta com o médico do ESF onde então conversaram bastante sobre sua vida e suas dificuldades e como ele estava fazendo uso nocivo do álcool. Seu Joaquim também acabou comparecendo para uma consulta na ESF, para acompanhar a esposa. Nesta consulta, foi

abordado o problema do mal estar dela e como este se associava ao uso excessivo de álcool pelo esposo. Este foi examinado, foram pedidos exames de laboratórios e outros testes diagnósticos que demonstraram que ele estava fazendo uso nocivo do álcool.

PERGUNTA NORTEADORA 2: Como a equipe da ESF e do NASF deve abordar o problema do uso de drogas lícitas e ilícitas? Que tipo de perguntas fazer? Quais avaliações clínicas, testes e exames podem ser utilizados nestes casos?

A psicóloga junto com a enfermeira da ESF vem conversando sobre o uso de drogas e medicamentos com todos da família. Numa visita em que ela na sua casa com a ACS, elas falaram da necessidade de dar limites aos filhos e hoje Seu Joaquim percebeu que esse foi um dos problemas que teve com Leonardo. A psicóloga também falou que Dona Márcia não deveria ficar tomando o clonazepam sem uma avaliação médica porque poderia ter problemas. Elas convidaram Dona Márcia para participar de uma roda de conversa que acontecia de 15 em 15 dias no Posto de saúde e marcaram uma consulta com o médico, que orientou o uso adequado de medicação psicotrópica, considerou que ela estava deprimida e iniciou tratamento adequado com antidepressivo, acompanhando-a regularmente.

Seu Joaquim está bebendo muita água e usando vitamina, depois que o médico do ESF mostrou, pelos exames, que seu fígado estava “com muita gordura” e ele estava inchado devido à bebida. Mesmo assim, às vezes ele ainda tem uma recaída e volta a beber, principalmente quando fica nervoso. Quando contou isso para o médico, ele achou melhor iniciar o tratamento medicamentoso, que o ajudou muito. Em seguida, foi encaminhado para o CAPS AD, onde ele e sua esposa participam de um grupo.

Depois que a escola encaminhou Leandro para o Conselho Tutelar e o médico pediu que ele frequentasse um grupo de adolescentes realizado pela equipe do NASF em conjunto com membros da equipe da ESF e do CAPS-AD, e as atividades físicas promovidas pela equipe do NASF na comunidade, ele reduziu o consumo patológico de álcool.

Manoel também se beneficiou da abordagem da ESF. Já tinha sido encaminhado e absorvido para tratamento no CAPS, onde vai 3 vezes por semana. Faz uso de medicação controlada, mas não usa mais drogas e nem bebe, embora ainda fique isolado, com pouca iniciativa e ajudando pouco em casa. Graças a Deus conseguiu um benefício e com sua renda pode ajudar na compra de comida.

PERGUNTA NORTEADORA 3: Quais as abordagens e as ações terapêuticas específicas a serem realizadas pelas equipes de Atenção Primária a Saúde (ESF e NASF) nesta família?

Agora que Dona Márcia voltou a sair de casa, tem conversado com as vizinhas e convidou-as para irem à roda de conversa do ESF. Ela já soube da Oficina de Fuxico e quer participar.

Leandro está no CAPS AD, e pensando em voltar a estudar, mas ele não gosta, queria mesmo é trabalhar. Ele está gostando do grupo no CAPS AD porque lá ele pode conversar sobre tudo, não precisa mentir ou esconder nada como ocorre em outros ambientes, tais como na escola ou com familiares. Seu pai preferiu participar de um grupo dos AA, tendo optado por não mais beber. Lá se identificou com muitos dos participantes e até já está coordenando alguns encontros. Seu tio Manoel, está frequentando a CAPS II, que o ajuda a se socializar mais.

PERGUNTA NORTEADORA 4: Qual o papel da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) nestes casos?

PERGUNTA NORTEADORA 5: Teria sido possível prevenir esses problemas?

Módulo 7 – Saúde Mental e o cuidado às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)

Neste módulo, foi apresentada a abordagem do profissional com os pacientes que apresentam condições crônicas. Foram descritos os principais problemas psicossociais associados as DCNT mais frequentes identificadas na APS, bem como as abordagens psicossociais que podem ser desenvolvidas com esses pacientes.

Caso clínico e questões norteadoras:

Cláudio, 68 anos, negro, divorciado, vigia noturno, evangélico “não praticante”, pai de 4 filhos, duas moças (Kelly – 22 e Larissa – 26 anos) e dois rapazes (Anderson – 24 e Roberto – 35 anos). Os filhos Kelly e Anderson residem com ele e os dois outros filhos Larissa e Roberto são casados e residem com suas famílias. Cláudio se preocupa com os dois filhos mais jovens, tem medo que eles se “desencaminhem”. Suspeita que Kelly esteja grávida, e que Anderson faça uso de drogas devido conviver em “más companhias”. Traz queixas

subjetivas na consulta com o médico e diz ter vindo à consulta porque a agente de saúde marcou. Não entende direito o motivo de estar ali.

Observação: o paciente foi rastreado como suspeito de ser hipertenso durante uma visita domiciliar realizada pelo agente comunitário de saúde, embora fosse totalmente assintomático.

Na consulta informou que se sentia um pouco tonto, mas não valorizava a queixa, já que também bebia, e então associava a algum “mal do fígado”. Diz ainda ser tabagista (20 cigarros/dia) há mais de 45 anos, sempre desejou parar, mas nunca conseguiu. Faz uso “moderado” de bebida alcoólica (bebe todos os dias, pelo menos 3 cervejas de garrafa, mas no final de semana diz que “arrepia”), fazia caminhada 2x semana mas parou há sete meses atrás. Não sabe informar se é diabético, mas informa que já teve colesterol alto e que o pai era diabético e a mãe tinha “começo” de diabetes. Deseja fazer exames de rotina e diz: “Doutor, quero fazer um check-up completo!”

Os dados clínicos levantados na consulta foram: pai diabético e hipertenso, faleceu por AVC (acidente vascular cerebral). Mãe morreu de IAM (infarto agudo do miocárdio) aos 76 anos. Tem um irmão de 55 anos com “problemas no coração”.

EXAME FÍSICO: P: 86 kg; E: 1,65 cm. PA: 180x110 mmHg, assintomático, IMC 31,6 kg/m². Circunferência Abdominal: 95 cm.

QUESTÃO NORTEADORA 1: A partir das informações do caso clínico, procure estabelecer uma lista de problemas para constar na avaliação global do Cláudio. Qual seria um plano de apoio adequado?

Após algumas semanas, o Cláudio retorna e diz que não consegue agendar consulta. Nesta ocasião, traz algumas queixas: refere que ainda sente um pouco de tontura, está tentando diminuir o cigarro e a bebida, porém ainda não conseguiu e isso deixou-o muito nervoso. Fez os exames e está preocupado com os resultados e com a pressão, pois veio à UBS e teve que tomar uma medicação sublingual porque estava com a pressão alta, ainda que não estivesse sentindo nada.

Foi feita avaliação de etilismo e Cláudio pontuou 2 no CAGE. Apresenta-se disposto a parar de fumar, mas ainda não se sente pronto para isso. Não quer marcar data ou seguir em tratamento na UBS. Refere sentir-se muito desanimado, sem interesse nas atividades que gostava de fazer, inclusive de foro íntimo. Está muito irritado com os filhos que não entendem

suas reações e refere que tudo isso piorou ao tentar diminuir o uso do cigarro e da bebida, por isso prefere continuar usando. Dados clínicos: Exames Laboratoriais: Glicemia de Jejum: 290 mg/dl; HBGlic: 11,2; Colesterol Total: 356 mg/dl; HDL: 35 mg/dl; TG: 477 mg/dl; LDL: 218 mg/dl; Cr: 1,0 mg/dl; K: 4,1 mEq/L; UI: nl, TGO/TGP: 86/109; GGT: 184, FA: 273, TGO/TGP: 86/109; GGT: 184, FA: 273. ECG: Sinais de sobrecarga VE. Fez curva pressórica ambulatorial: 180x110, 170x100, 180x100, 190x120.

QUESTÃO NORTEADORA 2: Complete a lista de problemas para avaliação deste episódio de cuidados com Claudio.

QUESTÃO NORTEADORA 3: Organize o plano de cuidado para Cláudio, a partir da atualização da lista de problemas observados no caso apresentado.

Claudio volta à UBS na semana seguinte, queixa-se de dor no pé, e manchas escuras na pele. Pediu para passar no acolhimento, está agitado e com hálito etílico. Exame clínico: PA: 190x110 mmHg, Dextro (Dx) 255, assintomático.

A auxiliar de Enfermagem (AE) informa ao médico, que estava em atendimento no momento, que o paciente tem um “olho de peixe” no pé e que não havia tomado as medicações do dia. Foi prescrito *bolus* de correção, compressas mornas e analgésico e orientado a tomar as medicações diariamente. O médico não viu o paciente, prescreveu apenas pelo prontuário e relato da AE. O paciente foi liberado com PA: 150x90 mmHg, Dextro 190.

O paciente saiu da UBS com a intenção de não voltar mais às consultas pois ficou com a sensação de que foi mal atendido, mesmo tendo sido liberado com valores de PA e Dx próximos do normal.

No mês seguinte, a ACS traz informação de que o paciente está internado, com risco de amputação devido a pé diabético. O uso do analgésico não melhorou o quadro e fez uso de dois frascos de “duofilm”, prescrito por um antigo farmacêutico do bairro. Como estava “brigado” com o posto, não quis voltar. Durante a internação, o paciente evoluiu com quadro de abstinência alcoólica e foi transferido para UTI, segundo relatos dos vizinhos.

QUESTÃO NORTEADORA 3: Quais as considerações que podemos fazer com o caso do Cláudio? Quais são as condições crônicas identificadas? Como a equipe se portou e o que poderia ter feito de forma diferente? Qual o papel das condições que envolvem a saúde e doença mental no manejo do adoecimento físico? Como você reescreveria esta história?

QUESTÃO NORTEADORA 4: Descreva quais as funções mentais e outras condições associadas que podem ser examinadas a partir desse relato de Cláudio.

APÊNDICE B - Caso clínico: Maranhão

Caso clínico - Maranhão

Edilene (39 anos), manicure, solteira, natural de São Luís, chega a unidade de saúde do bairro da Vila Nova, juntamente com a sua irmã mais velha (Edyleuza, 43 anos), que é ACS do território para ser atendida com queixa de insônia e dor de cabeça.

Ao ser recebida pela Dra. Patrícia, começa a contar a sua história... “Doutora, a minha vida é muito difícil”. Aos 20 anos conheci o pai do meu filho (Joseilton, 12 anos) em uma festa de reggae no Porto da Gabi aqui perto mesmo. Ficamos juntos por 2 anos e tivemos que nos separar. Eu era apaixonada por ele e ele por mim, mas tinha momentos em que ele brigava muito comigo e chegava até a me bater. Com 4 meses que nos juntamos, eu engravidei do Joseilton e foi um tempo bem difícil. Eu ficava sozinha em casa e ele saía para trabalhar, mas não chegava cedo...só quase de manhã. Ele bebia muito e me traía com outras mulheres. Nessa época, eu já tinha dificuldade para dormir e meu coração chegava quase a sair pela boca. Só ficava bem, quando ele chegava.

Depois que me separei, tive que voltar para a casa dos meus pais, onde vivo hoje. Lá moram a minha mãe (Rosa, 65 anos), meu pai (Francisco, 68 anos) e meu irmão (Edivaldo, 35 anos). A casa é bem pequena, tem 2 quartos, sala e cozinha. Eu fico em um quarto, meus pais em outro e meu irmão dorme na sala. A coisa tá bem feia nesses últimos tempos por causa da chuvarada. Tem goteira e rachadura na casa toda e falta dinheiro para ajeitar. Mas perto lá de casa também moram minhas irmãs Edyleuza e Elizangela (36 anos). Somos uma família bem unida, mas tem umas coisas que me deixam sem sono e preocupada.

A minha mãe é diabética, hipertensa e não aceita vir aqui no posto. Papai vive reclamando de dores na coluna e faz tratamento para hanseníase aqui perto no Hospital Aquiles Lisboa. Eu sou a única que ajuda lá em casa. Meu irmão está desempregado, reclama de tudo, bebe muito e não faz nada para arrumar um trabalho. Papai faz uns bicos de vez em quando como pintor.

Lá em casa, eu que faço quase tudo. Ajudo minha mãe com a casa, dou as medicações dela, vivo correndo atrás de cliente e no fim do mês não tenho um centavo para dar um sorvete para meu filho que mora com Edyleuza desde os 3 anos. Isso me deixa muito mal, mesmo sabendo que é minha irmã que cuida dele, mas eu que sou a mãe! Sou uma péssima mãe!

Não tenho conseguido dormir há meses, acordo no meio da noite com o coração na boca, disparado. Isso tem feito eu perder muitos clientes... Quando volto a dormir, já amanheceu...e preciso trabalhar. Passo o dia cansada e preocupada com o sustento da minha família e com um problema que tenho com a minha irmã Elizangela. Estou devendo dinheiro e com o nome sujo por causa dela. Acredita que ela comprou um fogão e uma geladeira nas Casas Bahia e botou no meu nome?! Ai como fico com raiva! Fico sem ar até... E para completar fico pensando no futuro com meu filho. Será que vou conseguir ter meu filho de volta? Ter a minha própria casa, a minha vida? Só em falar disso já fico com vontade de chorar!

A Dra Patricia, escutou atentamente Edilene e aferiu a pressão da mesma que acusou 140 mmHg x 90 mmHg.

APÊNDICE C – Caso clínico: Rio de Janeiro

Caso clínico – Rio de Janeiro

Maria do Socorro tem 35 anos e veio de Pernambuco para o Rio há 15 anos, trabalhando como doméstica. Mora numa comunidade na zona oeste do Rio com Raimundo há 10 anos. Ele tem 46 anos, trabalhava na construção civil e a relação foi boa durante muitos anos. A perda do emprego há 3 anos e o fracasso em várias tentativas de conseguir outro foram alterando o seu comportamento: começou a ficar irritado, bebendo demais algumas vezes e se tornando agressivo. Maria é a única que está trabalhando na família, e não tem tempo de se cuidar. Está obesa e acabou ficando hipertensa, sente-se muito cansada e nervosa, mas não consegue fazer o tratamento direito, apesar dos esforços de Marlene, sua agente comunitária de saúde (ACS), com quem tem uma boa relação.

Marlene se preocupa com esta família, a quem conhece há vários anos, inclusive frequentando a mesma Igreja que Maria. Na opinião da ACS tudo começou a "dar errado nos últimos tempos" com eles. A situação financeira só não está pior porque há quatro anos que a irmã mais nova de Maria, Elyzianne de 17 anos e a avó Dona Rosário de 67 anos, vieram do interior de Pernambuco para viver com ela após a morte do avô, esposo de Dona Rosário. A ideia era que Elyzianne teria mais condições de estudar aqui no Rio, e que ambas as netas poderiam cuidar da avó, agora que ela está só. Dona Rosário recebe a pensão do marido e agora está ajudando na casa.

A história de vida de Maria e Elyzianne têm sido difícil. O pai de Maria morreu jovem, com Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e a mãe se casou de novo anos depois com o pai de Elyzianne, João. Ele porém a abandonou quando era bem pequena, separando-se da mãe, com quem tinha uma relação muito agressiva. A violência na casa era grande e as filhas testemunharam muitas agressões. Numa delas, Maria do Socorro interferiu e foi agredida também. A polícia foi chamada e João acabou fugindo. As três foram morar com os avós e dois anos depois Maria foi tentar a vida no Rio. Sua mãe morreu há alguns anos e a avó estava tendo dificuldades de cuidar da caçula depois que esta entrou na adolescência.

A equipe da estratégia de saúde da família se preocupa especialmente com Maria pois esta procurou a equipe preocupada por estar engordando ainda mais e descobriu-se que ela está grávida. A equipe tem feito o acompanhamento do desenvolvimento da criança, fornecendo todos os exames e as orientações de preparação para o aleitamento. Porém, durante o atendimento, a enfermeira observou a tristeza de Maria, que está com choro fácil, dificuldade de estabelecer vínculo com a criança que vai nascer, irritando-se com facilidade. Ela também não consegue fazer as coisas da casa direito, deixando-a aos cuidados da avó.

Numa das consultas, onde a pressão de Maria estava alta, ela referiu preocupação com o esposo que está sempre chegando tarde em casa bêbado e nos finais de semana costuma passar o dia inteiro sumido. Na mesma ocasião, a avó que a acompanha, queixou-se de esquecimentos frequentes e situações conflitantes com a neta mais jovem. “Essa menina me chama de esquecida, mas não participa da arrumação da casa”. Reclama que a moça não arruma nem mesmo o seu quarto e que quando seus amigos do colégio vêm, o quarto “tem cheiro de mato queimado”. A jovem diz que o cheiro é de incenso e que a avó não entende a vida como ela é hoje. Diz que estuda muito e que precisa relaxar com os amigos. Elyzianne está terminando o segundo grau e pensa em fazer um vestibular comunitário para entrar na faculdade.

APÊNDICE D – Caso clínico: Região Amazônica

Caso clínico – Região Amazônica

Iara tem 40 anos e mora na comunidade ribeirinha de São José, em Terra Nova, situada a 200 km de distância de Manaus, com seu marido e 3 filhos. Está casada há mais de vinte 20 anos com Raoni de 47 anos e dessa união nasceram, Kayke (17 anos), Luna (15 anos) e Uriel (12 anos).

Iara além de cuidar dos filhos e da casa, trabalha na agricultura, cultivando cebolinha, pepino e couve dentre outras hortaliças e legumes. Raoni é pescador e faz uns bicos como pintor. Moram em uma casa elevada com palafitas, bem rudimentar, com uma escada, pois durante seis meses do ano, eles vivem em uma ilha e os outros seis meses a terra é inundada e torna-se uma vila flutuante.

Eles se conheceram ainda jovens em uma das festas típicas da região, casaram-se na pequena igreja de uma vila próxima, acreditam em muitas lendas e participam de ritos de pajelança.

Raoni descobriu há 2 meses que é hipertenso assintomático em uma visita da equipe da unidade de saúde fluvial. Ele foi atendido pela enfermeira Kátia que mostrou-se bastante acolhedora e atenta as queixas de Raoni e sua família. Dentre as queixas de Raoni estavam cansaço, falta de ar e tonturas após as atividades de esforço físico; quanto a Iara, as queixas eram de dores nas juntas, fraqueza, moleza e corpo quente o tempo todo, não conseguindo realizar mais todas as atividades de casa e da horta. Para piorar a situação, o irmão de Raoni (Raimundo, 38 anos) veio passar um tempo com eles. Raimundo bebe muito, o que aumentou a preocupação de Iara. Esta acha que ele não é uma boa companhia para o marido e nem para os filhos, principalmente para Kayke.

Raimundo é muito mulherengo, machista, fica violento quando bebe e Kayke acha o tio um exemplo. Iara referiu também

dificuldade para dormir e quando conseguia, tinha dificuldades para levantar pela manhã. Quando perguntada sobre o que achava das dificuldades relatadas, Iara disse que estava muito decepcionada com a filha porque não a ajudava em casa como gostaria e vivia na rua com o namorado Luís (18 anos), que era muito amigo do seu irmão mais velho Kayke.

Há 1 mês que Kayke só chega em casa depois da meia-noite, com cheiro de bebida e ainda leva a irmã junto. Essa situação tem preocupado muito Iara e Raoni e tem sido motivo de discussão entre os dois. Iara tenta arrumar desculpas para o filho que tem faltado as aulas na escola e não tem ajudado o pai na pescaria e na pintura de casas da vila.

Kayke tem se mostrado muito agressivo com o irmão Uriel e com a irmã Luna, namorada de seu melhor amigo. Reclama com a mãe que a irmã só atrapalha as suas saídas e que lugar de menina é em casa. Recentemente, brigou na escola e foi pego com uma garrafa de cachaça na mochila, sendo motivo para a diretora chamar os pais. Kayke e seus amigos costumavam beber cerveja mas tomavam cachaça quando estavam sem trocado, pois é bem mais barata.

A situação da família não está nada boa financeiramente. Iara não consegue realizar mais todas as tarefas e somente o dinheiro que Raoni recebe como pintor não está dando conta para o sustento da família. Eles têm vivido do pouco que é pescado e da colheita realizada por Luna, que ajuda a mãe quando esta não consegue trabalhar. Kayke passou a beber mais depois da chegada do tio.

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE - Instrumentos- Discentes

Você está convidado (a) a participar da pesquisa: Aprimoramento da Atenção Primária para o cuidado em Saúde Mental através da EaD, cujo objetivo é avaliar a capacitação dos profissionais de nível superior do SUS em Saúde Mental na Atenção Primária por meio da Educação à Distância -EaD. Estas informações estão sendo fornecidas pela sua participação voluntária. Para tanto, você precisará realizar o Curso de capacitação em Saúde mental na Atenção Primária ofertado pela Universidade Aberta do SUS da Universidade Federal do Maranhão – UNASUS/UFMA em parceria com a Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ UERJ.

Para fins de avaliação no curso você irá preencher os seguintes instrumentos: um questionário pré-curso, antes do início do curso para caracterização dos seus conhecimentos e experiências prévias nessa área, questionários de múltipla-escolha de avaliação referentes aos módulos do curso, participação em fóruns de discussão e uma avaliação entre pares de uma família complexa ao final do Curso. Estas avaliações serão realizadas por meio do Ambiente Virtual de Aprendizagem – AVA onde o curso será realizado.

Para fins de pesquisa essas informações obtidas nestas avaliações serão analisadas em conjunto, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante, na garantia do direito à confidencialidade. Concordando com sua participação através deste TCLE, você estará concordando com a utilização do material das suas avaliações para fins de análise do curso.

Para responder aos instrumentos acima descritos, você poderá sentir algum desconforto porque necessitará dispor de um tempo em sua rotina diária para respondê-los. No entanto, o agendamento será realizado por você conforme sua disponibilidade para o preenchimento dos instrumentos, onde será resguardado sigilo da sua identidade, não acarretando prejuízos de qualquer natureza.

Não está previsto benefício direto ou imediato aos participantes. Entretanto, na conclusão desta pesquisa, será produzido um relatório final, que terá citações anônimas, que estará disponível para todos os envolvidos nas instituições participantes (UFMA/UERJ), bem como, poderá ser empregado para apresentação em encontros científicos, publicação em revistas especializadas, na perspectiva de refletir, aprimorar e reforçar a proposta de capacitação profissional em Saúde Mental na Atenção Primária.

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento, e se houver qualquer problema, tais como se sentir emocional ou fisicamente desconfortável na extensão das respostas aos questionários ou sob constrangimento diante de alguma questão, é possível deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo.

É seu direito de ser mantido (a) atualizado (a) sobre os resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

Não há despesas pessoais para os participantes em qualquer fase do estudo. Também, não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicado(a), poderei contatar a pesquisadora responsável a Professora Mestre Christiana Leal Salgado, que pode ser encontrada no endereço rua Viana Vaz, No 41, Centro – São Luís - MA, tel: 98-3272-9633, e-mail: christianapsicologia@gmail.com. E se houver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário da UFMA - no endereço R. Barão de Itapary, 227 – 4º andar - Centro. São Luís – MA, CEP: 65.020-070. Tel: 98-2109-1250. Os Comitês de Ética em Pesquisa são colegiados interdisciplinares e independentes, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criados para garantir a proteção dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Acredito ter sido suficientemente informado (a) a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Caso aceite participar desta pesquisa, um cópia deste TCLE será enviado para o seu e-mail.

Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas - PGCM/UERJ. Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

Pesquisador responsável: Profa Ma. Christiana Leal Salgado .
<http://lattes.cnpq.br/1042489510713311>.

E-mail: christianapsicologia@gmail.com

Orientadora responsável: Profa. Dra. Sandra Lúcia Correia Lima Fortes.
<http://lattes.cnpq.br/8632178826165568>

APÊNDICE F – Questionário de avaliação de práticas assistenciais

Prezado aluno,

Solicitamos que você responda a este questionário de acordo com as ações que você realiza em seu contexto de trabalho. A sua participação é muito importante pois as informações fornecidas servirão para analisar a efetividade do Curso de Capacitação em Saúde Mental na Atenção Primária na ampliação das práticas assistenciais e potencialização dos cuidados aos pacientes.

Agradecemos a sua participação!

Atenciosamente,

1. Qual o seu curso de graduação*

2. Qual o ano de conclusão do curso de graduação* (1900 - 2015)

3. Em que Estado você concluiu o seu curso de graduação?*

4. Exerce alguma função na sua área de formação?*

- Sim
- Não

Se sim, descreva a função que exerce:

5. Quantas horas semanais você exerce trabalho remunerado?* (0 - 100)

6. Quais cursos de pós-graduação concluídos? (Se for o caso, marque mais de uma opção)*

- Pós-graduação lato sensu (especialização) presencial
- Pós-graduação lato sensu (especialização) a distância
- Pós-graduação em modalidade de residência

Mestrado

Doutorado

Não se aplica

7.Experiência em gestão na área de saúde como: (Se for o caso, marque mais de uma opção).*

Gestor

Gerente

Coordenador

Diretor

Outro

Não se aplica

Especifique outro cargo

8.Experiência em atenção à saúde como: (Se for o caso, marque mais de uma opção).*

Atenção Básica ou ESF

NASF

Ambulatório de Saúde Mental

Policlínica

CAPS I

CAPS II

CAPS III

CAPS AD

Outro dispositivo de Rede Assistencial do SUS (Especifique)

9. Informações sobre o seu local de trabalho:

9.1 Qual o endereço do seu local de trabalho? (rua ou avenida, número, quadra, bairro, etc)

9.2 Qual a cidade e estado em que trabalha?

9.3 Qual (is) o(s) telefone(s) do local de trabalho para eventual contato? (DDD + Número)

9.4 Qual o nome do seu gestor do seu local de trabalho ?

9.5 Qual o horário de funcionamento?

10. Como você classifica a sua experiência em uso de programas de computador (por ex: Word, Powerpoint) e internet?*

- Muito bom
- Bom
- Razoável
- Ruim
- Muito ruim

11. Você já teve alguma experiência anterior com educação a distância? (Incluindo curso de idiomas, cursos técnicos etc.)*

- Sim
- Não

12. Quantos dias você acessou a internet para qualquer finalidade na última semana?*

- Um

- Dois
- Três
- Quatro
- Cinco
- Mais de cinco

13. Você costuma acessar a internet para:*

- Educação e Pesquisa
- Compras / Transações Financeira
- Jogos / Entretenimento
- Comunicação / Agenda
- Trabalho

14. Por qual meio você costuma acessar a internet?*

- Computador/ notebook domiciliar compartilhado
- Computador/ notebook de uso individual
- Smartphone
- Tablets
- Computador na Lan House/ no Trabalho

15. Você utiliza aplicativos em smarthphone ou tablet?*

- Sim
- Não

16. Você tem experiência em baixar aplicativos em smartphone ou tablet?* (->Sim)

- Sim
- Não

() 17. Informe qual (ais) loja (as) você costuma baixar os aplicativos: * (->Sim)

- Google Play
- Apple Store
- SAITE Store

18. Para qual(ais) finalidade(s) você utiliza os aplicativos? * (->Sim)

- Educação e Pesquisa
- Compras / Transações Financeira
- Jogos / Entretenimento
- Comunicação / Agenda
- Trabalho

19. OFERTAS DE CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL

Para os itens abaixo, marque a frequência em que são realizados os cuidados em saúde mental em seu local de trabalho.

19.1 Acolhimento individual (no momento da marcação) *

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Quase sempre

19.2 Acolhimento em grupo*

Nunca

Raramente

Às vezes

Frequentemente

Quase sempre

19.3 Atendimento à família*

Nunca

Raramente

Às vezes

Frequentemente

Quase sempre

19.4 Grupo de sala de espera*

Nunca

Raramente

Às vezes

Frequentemente

Quase sempre

19.5 Consulta conjunta com outros profissionais da saúde mental*

Nunca

Raramente

Às vezes

Frequentemente

Quase sempre

19.6 Consulta conjunta com outros profissionais de saúde*

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Quase sempre

19.7 Interconsulta (discussão de casos com profissional de saúde mental) *

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Quase sempre

19.8 Reunião multidisciplinar*

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Quase sempre

19.9 Supervisão dos casos atendidos *

- Nunca
- Raramente

Às vezes

Frequentemente

Quase sempre

19.10 Visita institucional*

Nunca

Raramente

Às vezes

Frequentemente

Quase sempre

19.11 Terapias complementares (acupuntura, yoga...)*

Nunca

Raramente

Às vezes

Frequentemente

Quase sempre

19.12 Reunião com a comunidade*

Nunca

Raramente

Às vezes

Frequentemente

Quase sempre

19.13 Grupos terapêuticos em saúde mental (com não especialistas)*

 Nunca Raramente Às vezes Frequentemente Quase sempre

19.14 Grupos terapêuticos em saúde mental (com especialistas)*

 Nunca Raramente Às vezes Frequentemente Quase sempre

19.15 Visita domiciliar *

 Nunca Raramente Às vezes Frequentemente Quase sempre

19.16 Prescrição de psicotrópicos (caso seja médico)*

 Nunca Raramente

Às vezes

Frequentemente

Quase sempre

19.17 Oficinas *

Nunca

Raramente

Às vezes

Frequentemente

Quase sempre

19.18 Busca ativa *

Nunca

Raramente

Às vezes

Frequentemente

Quase sempre

19.19 Assembleias *

Nunca

Raramente

Às vezes

Frequentemente

Quase sempre

19.20 Outras atividades de matriciamento, especificar:

20. INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES EM SAÚDE

Para as questões abaixo, marque a frequência de acordo com o que caracteriza a sua prática.

20.1 Você se reúne com a sua equipe para discutir/elaborar os projetos terapêuticos dos pacientes? *

Nunca

Raramente

Às vezes

Frequentemente

Quase sempre

20.2 Você se reúne com sua equipe para discutir/elaborar os projetos terapêuticos familiar/grupal? *

Nunca

Raramente

Às vezes

Frequentemente

Quase sempre

20.3 Você busca soluções para os problemas dos pacientes através de conversa com outros profissionais? *

Nunca

Raramente

Às vezes

Frequentemente

Quase sempre

20.4 Você busca soluções para os problemas dos pacientes através de conversa com os familiares? *

Nunca

Raramente

Às vezes

Frequentemente

Quase sempre

20.5 Você recorre aos outros profissionais para realizar o trabalho em colaboração quando este acontece em sua unidade?*

Nunca

Raramente

Às vezes

Frequentemente

Quase sempre

20.6 Você utiliza o trabalho em colaboração, com os outros dispositivos de saúde, para o desenvolvimento das ações de intervenção? *

Nunca

Raramente

Às vezes

Frequentemente

Quase sempre

20.7 Você utiliza o trabalho em colaboração, com os outros tipos de dispositivos da comunidade para desenvolver as ações de intervenção?*

Nunca

Raramente

Às vezes

Frequentemente



Quase sempre

Responda as perguntas abaixo baseado no seu conhecimento prévio sobre o assunto.

21. O que você entende sobre a abordagem em saúde mental na atenção primária?*

22. O que você considera importante para a prática do matriciamento?*

ANEXO A – Questionário de avaliação de recursos educacionais UNASUS/UFMA

1. Avaliação dos aspectos didáticos-pedagógicos

1.1 Livro on-line*

- Ótimo
- Bom
- Regular
- Insuficiente
- Não Li

1.2 Atividade: Fórum - Ambiente Virtual de Aprendizagem*

- Ótimo
- Bom
- Regular
- Insuficiente
- Não Fiz
- N/A

1.2.1 Participação do tutor na condução da atividade*

- Ótimo
- Bom
- Regular
- Insuficiente
- Não Fiz
- N/A

1.3 Atividade: Questionário*

- Ótimo
- Bom
- Regular
- Insuficiente
- Não Fiz

- N/A

1.4 Atividade: MAPA DE REDE*

- Ótimo
- Bom
- Regular
- Insuficiente
- Não Fiz
- N/A

1.4.1 Participação do tutor na condução da atividade*

- Ótimo
- Bom
- Regular
- Insuficiente
- Não Fiz
- N/A

1.5 Atividade: QUESTÕES NORTEADORAS DO LIVRO ONLINE*

- Ótimo
- Bom
- Regular
- Insuficiente
- Não Fiz
- N/A

1.5.1 Participação do tutor na condução da atividade*

- Ótimo
- Bom
- Regular
- Insuficiente
- Não Fiz
- N/A

2. Avaliação do tutor

2.1 Domínio dos conteúdos do módulo*

- Ótimo
- Bom
- Regular
- Insuficiente

2.2 Integração teoria e prática na mediação da aprendizagem*

- Ótimo
- Bom
- Regular
- Insuficiente

2.3 Valoriza os conhecimentos prévios dos alunos, relacionando-os ao conteúdo do módulo.*

- Ótimo
- Bom
- Regular
- Insuficiente

2.4 Incentiva a participação, o diálogo e a troca de experiência entre os alunos*

- Ótimo
- Bom
- Regular
- Insuficiente

2.5 Dá Feedback das atividades destacando pontos coerentes, pontos que podem ser melhorados ou novos pontos de vista*

- Ótimo
- Bom
- Regular
- Insuficiente

2.6 De maneira geral, como você avalia o desempenho do tutor no módulo?*

- Ótimo
- Bom
- Regular
- Insuficiente

3. Avaliação

3.1 Pertinência, atualidade e inovação dos conteúdos abordados*

- Ótimo
- Bom
- Regular
- Insuficiente

3.2 Carga-horária das unidades educacionais*

- Ótimo
- Bom
- Regular
- Insuficiente

3.3 Organização e distribuição das atividades educacionais*

- Ótimo
- Bom
- Regular
- Insuficiente

3.4 Coerência das atividades com o planejamento do módulo*

- Ótimo
- Bom
- Regular
- Insuficiente

3.5 Importância do módulo para sua prática profissional*

- Ótimo
- Bom
- Regular
- Insuficiente

4. Avaliação dos recursos educacionais

4.1 Plataforma de educação à distância: acesso e funcionalidade*

- Ótimo
- Bom
- Regular
- Insuficiente

4.2 Os recursos educacionais disponíveis estavam adequados às atividades realizadas?*

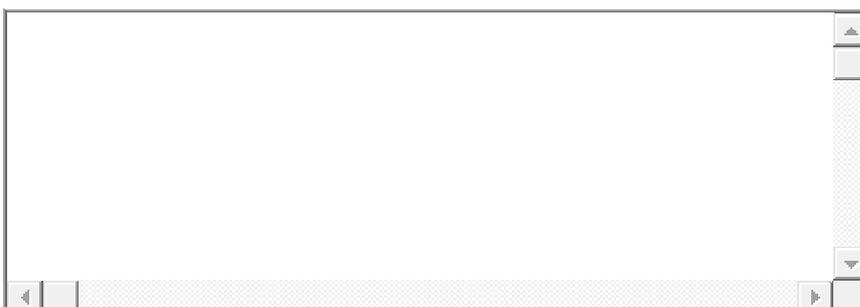
- Ótimo
- Bom
- Regular
- Insuficiente

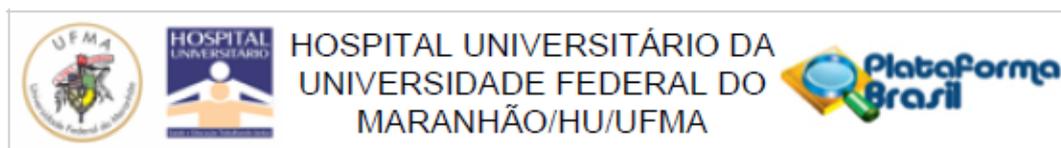
5. Avaliação Geral do Módulo I

5.1 De maneira geral, como você avalia o Módulo?*

- Ótimo
- Bom
- Regular
- Insuficiente

Faça aqui suas sugestões para que possamos melhorar continuamente a qualidade do curso.*



ANEXO B – Aprovação Comitê de Ética HUUFMA**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Aprimoramento da Atenção Primária para o Cuidado em Saúde Mental através da Educação à Distância - EaD

Pesquisador: Christiana Leal Salgado

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 60011016.0.0000.5086

Instituição Proponente: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.822.096

Apresentação do Projeto:

Este projeto de pesquisa visa avaliar a capacitação dos profissionais de nível superior da atenção primária que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF), no Núcleo de Apoio a Estratégia de Saúde da Família (NASF) e nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e da saúde mental (Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, Ambulatórios de saúde mental e policlínicas), vinculados ao SUS para o cuidado em saúde mental de por meio da

Educação à Distância – EaD dos estados do Rio de Janeiro, Maranhão e Amazonas. A Organização Mundial de Saúde considera os transtornos mentais como um dos fatores importantes para a longevidade e qualidade de vida. Nesse sentido a formação dos profissionais que atendem a população na porta de entrada da saúde e responsáveis pelo cuidado longitudinal, que é a atenção primária, torna-se prioridade

Instituição e Infraestrutura	Christiana.pdf	19:59:56	Salgado	
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_Christiana.pdf	15/09/2016 19:58:56	Christiana Leal Salgado	Aceito
Outros	Termo_compromisso_christiana_patricia.pdf	15/09/2016 19:58:47	Christiana Leal Salgado	Aceito
Outros	Termo_responsabilidade_financeira_christiana_patricia.pdf	15/09/2016 19:58:18	Christiana Leal Salgado	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Pesquisador_Christiana_Patricia.pdf	15/09/2016 19:57:41	Christiana Leal Salgado	Aceito
Outros	Termo_compromisso_Sandrafortes.pdf	15/09/2016 19:43:16	Christiana Leal Salgado	Aceito
Outros	Termo_responsabilidade_financeira_SandraFortes.pdf	15/09/2016 19:42:25	Christiana Leal Salgado	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_pesquisadora_SandraFortes.pdf	15/09/2016 19:41:31	Christiana Leal Salgado	Aceito
Outros	aprovacao_cep.pdf	15/09/2016 12:08:43	Christiana Leal Salgado	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_unasufma.pdf	15/09/2016 12:07:58	Christiana Leal Salgado	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 16 de Novembro de 2016

Assinado por:

Rita da Graça Carvalhal Frazão Corrêa
(Coordenador)

ANEXO C – Aprovação Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro SMS/RJ

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -
SMS/RJ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Aprimoramento da Atenção Primária para o Cuidado em Saúde Mental através da Educação à Distância - EaD

Pesquisador: Christiana Leal Salgado

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 60011016.0.3001.5279

Instituição Proponente: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.910.624

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de modalidade quase experimento no qual será avaliada a capacitação realizada com profissionais de nível superior da atenção primária e especializada em saúde mental matriculados em um curso piloto de capacitação na modalidade à distância em saúde mental para o cuidado em saúde mental na atenção primária.

Consideramos que as avaliações da capacitação realizada devem abarcar dois aspectos: avaliação pedagógica envolvendo avaliação do curso e do aluno em termos de conteúdo, e avaliação do resultado na prática assistencial das equipes (avaliação de efetividade), ou seja, analisar se o conhecimento que foi discutido e aprendido ao longo do curso possibilitou mudanças na abordagem do profissional e como esse aprendizado tem sido colocado em prática nas circunstâncias reais. Para aferição da aprendizagem de conteúdo será extraído os aproveitamentos de desempenho dos alunos realizado ao final de cada unidade de aprendizado, bem como as avaliações periódicas do curso. Através do Ambiente Virtual de Aprendizagem - AVA, serão utilizados questionários de múltipla escolha com o objetivo de aferir o conhecimento adquirido após cada módulo do Curso. Além disso, também será realizada uma avaliação formativa/somativa ao final do último módulo por meio do estudo de casos clínicos, utilizando-se, além da avaliação do tutor, o processo de avaliação entre pares. A avaliação da efetividade será realizada com os

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -
SMS/RJ



Continuação do Parecer: 1.910.624

Justificativa de Ausência	TCLE_GrupoFocalSMAP_2016_gestores.doc	15/09/2016 19:46:28	Christiana Leal Salgado	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_GrupoFocalSMAP_2016_alunos.doc	15/09/2016 19:46:16	Christiana Leal Salgado	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_SMAP_2016_gestores_questionario.docx	15/09/2016 19:46:06	Christiana Leal Salgado	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_SMAP_2016_alunos_questionarios.docx	15/09/2016 19:45:50	Christiana Leal Salgado	Aceito
Outros	Termo_compromisso_Sandrafortes.pdf	15/09/2016 19:43:16	Christiana Leal Salgado	Aceito
Outros	Termo_responsabilidade_financeira_SandraFortes.pdf	15/09/2016 19:42:25	Christiana Leal Salgado	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_pesquisadora_SandraFortes.pdf	15/09/2016 19:41:31	Christiana Leal Salgado	Aceito
Outros	aprovacao_cep.pdf	15/09/2016 12:08:43	Christiana Leal Salgado	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_unasufma.pdf	15/09/2016 12:07:58	Christiana Leal Salgado	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 07 de Fevereiro de 2017

Assinado por:

Salesia Felipe de Oliveira
(Coordenador)

ANEXO D - Comprovação de submissão do 1º artigo científico

Submission Confirmation

 Print

Thank you for your submission

Submitted to

Telemedicine and e-Health

Manuscript ID

TMJ-2019-0138

Title

Peer Evaluation in Primary care Mental Health e-learning

Authors

Salgado, Christiana

Machado, Patrícia

Monier, Elza

de Oliveira, Ana Emilia

Ballester, Dinarte

Fortes, Sandra

Date Submitted

03-Jun-2019

The image is a screenshot of a web browser displaying a Gmail inbox. The browser's address bar shows a URL from mail.google.com. The Gmail interface includes a search bar with the text "Pesquisar e-mail" and a navigation menu on the left. The selected email is from "Telemedicine and e-Health" and is titled "Telemedicine and e-Health - Manuscript ID TMJ-2019-0138". The email content is as follows:

Dear Dr. Salgado:

Your manuscript entitled "Peer Evaluation in Primary care Mental Health e-learning" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the Telemedicine and e-Health.

Your manuscript ID is TMJ-2019-0138.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to Manuscript Central at <https://mc.manuscriptcentral.com/telemedicine> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <https://mc.manuscriptcentral.com/telemedicine>

Thank you for submitting your manuscript to the Telemedicine and e-Health.

Sincerely,
Telemedicine and e-Health Editorial Office

Ensure you stay informed. Register to receive email alerts for the Journal(s) that are critical to advancing your work: www.liebertpub.com/liebertconnect (copy/paste the link into your browser).

At the bottom of the email, there are two buttons: "Responder" and "Encaminhar".

Telemedicine and e-Health

Telemedicine and e-Health

Telemedicine and e-Health Manuscript Central: <http://mc.manuscriptcentral.com/liebert/telemedicine>

Peer Evaluation in Primary care Mental Health e-learning

Journal:	<i>Telemedicine and e-Health</i>
Manuscript ID	Draft
Manuscript Type:	Original Research
Date Submitted by the Author:	n/a
Complete List of Authors:	Salgado, Christiana; Universidade Federal do Maranhão, Department of Medicine I; Universidade Federal do Maranhao, Universidade Aberta do Sistema Unificado de Saúde Machado, Patricia; Universidade Federal do Maranhao Monier, Elza; Universidade Federal do Maranhao, Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde de Oliveira, Ana Emilia; Universidade Federal do Maranhão, Universidade Aberta do Sistema Unificado de Saúde Ballester, Dinarte; Universidade Federal de Pelotas Fortes, Sandra; Rio de Janeiro State University Faculty of Medical Sciences
Keyword:	Distance learning, Behavioral Health, e-health, Education
Manuscript Keywords (Search Terms):	peer learning, mental health, distance education, primary care, matrix support, active learning

SCHOLARONE™
Manuscripts