

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL  
A SAÚDE MENTAL NA PERSPECTIVA DA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**CAROLINA SANTOS DA SILVA**

Orientadora: Professora Dra. Daniela Riva Knauth

Porto Alegre, novembro de 2010.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL  
A SAÚDE MENTAL NA PERSPECTIVA DA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

CAROLINA SANTOS DA SILVA

**Orientadora: Professora Dra. Daniela Riva Knauth**

A apresentação desta dissertação é uma exigência do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Mestrado Profissional em Gestão de Tecnologias com ênfase na Atenção Primária à Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Porto Alegre, Brasil.

2010

## **BANCA EXAMINADORA**

Professora Dra. Simone Mainiere Paulon, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Professor Dr. Erno Harzheim, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Professor Dr. Jorge Umberto Beria, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Luterana do Brasil.

## **DEDICATÓRIA**

Aos profissionais e usuários do  
Sistema Único de Saúde.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus pela oportunidade, todos os dias, de fazer melhor.

André Meira, meu marido e incansável companheiro, também profissional da saúde, que soube estar presente e ler meus manuscritos, mas também soube “me deixar” para minha solitária composição.

A toda minha família por terem papel importante na minha vida. Ao Jorge, meu pai; meus irmãos Camila e Guilherme; ao meu afilhado e aos meus cunhados, com destaque ao Guilherme Floriano, que compôs comigo grande parceria no trabalho virtual e teve muita paciência e criatividade neste processo; em especial a minha mãe Elisabete e minha avó Mathilde, que me abrigaram em Porto Alegre e souberam entender o foco das minhas “estadas”; aos meus sogros, Adriano e Rosa, porque estive ausente em vários churrascos e compreenderam minha falta.

As amigas Carine Nied (Santa Cruz do Sul), Claudia Cenci (Passo Fundo), Leda Rubia (Passo Fundo), Loiva Santos (Caxias do Sul), Lúcia Crescente (Ijuí) e Mirtha Zenker (Guaíba-Porto Alegre), pelo estímulo constante.

A Secretaria Municipal de Saúde de Passo Fundo como um todo, em especial a Equipe do Núcleo de Vigilância Epidemiológica que foram retaguarda nas minhas saídas para estudo, sobretudo ao Edson Mocinho, Juliana Salvadori e Mara Dill.

Aos usuários do CAPS II Nosso Espaço, os quais foram minha inspiração.

Aos meus colegas do mestrado, vinte e cinco profissionais, com quem aprendi muito e trouxeram afeto para esta jornada, em especial às contribuições da Aline Torres, do Ricardo Heinzemann e do Warley Simões.

As doutorandas do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da UFRGS Camila Giugliani, Flávia Pilecco, Gisele Nader e Nadia Meinerz, que iluminaram meu caminho.

Ao grupo de especialistas em saúde mental, os “experts”, que compuseram o grupo focal, numa noite fria de Porto Alegre, e aqueceram a discussão sobre a temática central deste estudo.

Aos sujeitos da pesquisa que “compraram” esta idéia, e se doaram por “alguns meses” para as rodadas do Estudo Delphi.

A todas as pessoas envolvidas, que acreditam no potencial deste trabalho e contribuíram de alguma forma, seja respondendo o questionário on-line ou mesmo divulgando o estudo.

Ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da UFRGS, por possibilitar minha formação.

Ao professor e grande mestre Paulo Fontanive, pessoa acessível e que partilhou sua sabedoria para auxiliar nesta pesquisa.

Aos membros da banca examinadora, professores Dr. Jorge Umberto Beria e Dra. Simone Paulon pelas contribuições neste trabalho, e em especial ao professor Dr. Erno Harzheim, também coordenador do curso e grande incentivador das possibilidades da Atenção Primária à Saúde.

A minha orientadora Dra. Daniela Knauth, pessoa de sensibilidade ímpar, disponibilidade e dedicação intensa.

## SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO .....	10
2. INTRODUÇÃO.....	11
3. REVISÃO DE LITERATURA .....	13
3.1. Sistema Único de Saúde e atenção primária à Saúde.....	13
3.2 Da loucura à criação da Política Nacional de Saúde Mental.....	14
3.3 Avaliações em serviços de Saúde Mental .....	18
3.4 O Estudo Delphi .....	21
4. OBJETIVOS.....	24
4.1. Objetivo Geral .....	24
4.2 Objetivos Específicos .....	24
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	25
6. ARTIGO 1 .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
7. ARTIGO 2.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	28
ANEXO A – PROJETO DE PESQUISA.....	29
ANEXO B – APROVAÇÃO PELO COMITÊ DA ÉTICA E PESQUISA .....	51
ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	53
ANEXO D – DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DEPLHI .....	54

## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

AB – Atenção Básica  
ACS – Agentes Comunitários de Saúde  
AMQ – Avaliação para Melhoria da Qualidade  
APS – Atenção Primária à Saúde  
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial  
CID10 – Classificação Internacional de Doenças  
DAB – Departamento de Atenção Básica  
DMS IV – Diagnostic and Statistical Manual  
EPS – Educação Permanente em Saúde  
ESF – Estratégia Saúde da Família  
ESP – Escola de Saúde Pública  
FHS – Family Health Strategy  
GM – Gabinete Ministerial  
MS – Ministério da Saúde  
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
PCATool – Primary Care Assessment Tool  
PHC – Primary Health Care  
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica  
PNSM – Política Nacional de Saúde Mental  
PSF – Programa de Saúde da Família  
RS – Rio Grande do Sul  
Satis-BR – Escala Brasileira de Satisfação dos Familiares com os Serviços de Saúde Mental  
SM – Saúde Mental  
SMS – Secretaria Municipal de Saúde  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
WHOQOL – World Health Organization Quality Of Life

## RESUMO

A Reforma Psiquiátrica, como movimento ideológico político, questionador de práticas em saúde mental, possibilitou a construção, em meados de 1990, da Política Nacional de Saúde Mental. Esta política tem como proposição a superação do modelo hospitalocêntrico, para a construção de uma rede de serviços abertos, comunitários, que favoreçam a inserção social dos seus usuários. Dessa forma, a atual política nacional prevê a inclusão da saúde mental na rede de atenção primária à saúde, especialmente a partir da Estratégia de Saúde da Família. O presente trabalho tem por objetivo principal construir um instrumento para avaliar o acolhimento ao usuário em sofrimento psíquico atendido na atenção primária à saúde na perspectiva dos profissionais da saúde.

Para a construção e validação do instrumento foi utilizada uma combinação de metodologias quali e quantitativas. Em termos qualitativos foi realizado um grupo focal com especialistas na área da saúde mental a fim de identificar os aspectos que na visão especializada deveriam ser contemplados no acolhimento do sofrimento psíquico na rede de atenção primária à saúde. A partir destes dados foi construída uma proposta inicial de questionário que foi submetido à apreciação de três grupos de experts - profissionais da atenção primária, especialistas e gestores em saúde mental - através da metodologia Delphi. Ao final de seis rodadas do Delphi chegou-se a um conjunto de questões que foram consensuadas pelos experts para integrarem o instrumento de avaliação. Espera-se, assim, que o instrumento construído neste estudo seja utilizado para a avaliação da rede de saúde mental na atenção primária à saúde.

Palavras-chave: atenção primária à saúde, saúde da família, sofrimento psíquico, avaliação em saúde mental, estudo delphi.

## ABSTRACT

The Psychiatric Reform, as a political and ideological movement and as a questioner of the practices regarding mental health, has enabled the construction, in the 1990's, of the National Policy for Mental Health. Such policy aims to overcome the model centered in the hospital in order to build a net of communitarian, opened services that favor the social inclusion of its users. Thus, the actual national policy provides that the inclusion of mental health in the net for primary health care, mainly from the Strategy of Family Health. The following paper aims to build an instrument to evaluate the acceptance of the user suffering with mental disease helped by the health professionals in the primary health care. In order to build and validate the instrument, a combination of qualitative and quantitative methodologies was used. Regarding the qualitative methodology, a focal group was performed with experts in the field of mental health in order to identify the aspects that in the specialized point of view should be beheld in the acceptance of the psychic suffering in the net of primary health care. Since these data, the initial proposal for a questionnaire was made and submitted to evaluation of three groups of experts – professionals of the primary care, experts and managers in mental health – through the Delphi methodology. In the end of the 6 rows of Delphi, a number of questions were raised which were consented by the experts in order to integrate the instrument for evaluation. We hope, thus, that the instrument built in this research can be used to the evaluation of the net of primary attention to health regarding mental health.

Key words: primary health care, family health, mental disease, evaluation in mental health, Delphi study.

## 1. APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “A Saúde Mental na perspectiva da atenção primária à saúde”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em novembro de 2010.

O trabalho é apresentado em cinco partes na seguinte ordem que segue:

- 1- Introdução, Revisão de Literatura e Objetivos.
- 2- Artigo: O Acolhimento ao usuário em sofrimento psíquico na atenção primária à saúde na perspectiva dos profissionais da saúde mental.
- 3- Artigo: A saúde mental na atenção primária à saúde: um estudo delphi
- 4- Considerações finais
- 5- Documentos de apoio, incluindo o Projeto de Pesquisa, Termo de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul, Termo de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Estado da Bahia.

## 2. INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família (PSF), implementado a partir de 1994 sinalizava uma potente ferramenta para garantir a Atenção Primária à Saúde (APS), com base territorial, constituindo o acesso prioritário aos serviços de saúde. Em março de 2006, com a reestruturação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) o programa adquire a qualificação de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Esta reestruturação acompanha as transformações da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), que redefine o modelo centrado na referência hospitalar para um modelo de atenção diversificada, de base territorial comunitária.

Com a redefinição do modelo de atenção à saúde mental, a atenção primária deve ser fortalecida e seu acesso ampliado às pessoas em sofrimento psíquico.

O sofrimento psíquico é uma terminologia abrangente que perpassa a questão da loucura, discussão que no decorrer dos tempos estimulou vários estudos e diversos entendimentos, dependendo da construção social e cultural da época e do lugar. Exatamente por permitir nuances e ser abrangente que se optou por esta terminologia neste estudo. Quando se considera especificamente o diagnóstico, o termo que melhor representa o que estamos designando por sofrimento psíquico é o de transtorno mental.

O termo “doença mental” foi substituído pela designação “transtorno mental” na última versão do manual da Organização Mundial de Saúde para a classificação dos transtornos mentais e comportamentais, CID-10. Mas apesar da mudança de nomenclatura, essa padronização mantém ainda um caráter eminentemente orgânico das questões mentais, embora incorpore os aspectos “psicossociais” nos cinco eixos<sup>1</sup> do sistema classificatório. O caráter orgânico se manifesta, sobretudo, no entendimento de que o "funcionamento mental tem um substrato fisiológico e está indissociavelmente ligado ao funcionamento físico e social [...]" (OMS, 2001, p.29).

---

<sup>1</sup> Eixo I - Transtornos psiquiátricos gerais. Eixo II - Condições de desenvolvimento; Eixo III - Condições físicas concomitantes; Eixo IV - Situações psicossociais anormais (educação, emprego...); Eixo V - (incapacitações em autocuidado, no trabalho, nas relações com a família, nas relações sociais em geral.

Apesar dos aspectos sociais serem referidos, estes são considerados de forma suplementar, sem implicações sobre o trabalho terapêutico.

Com o objetivo de conhecer as perspectivas dos profissionais da estratégia de saúde da família no acolhimento ao usuário em sofrimento psíquico, se utilizou como método o Estudo transversal com profissionais especialistas em saúde mental do Rio Grande do Sul e o Estudo Delphi de profissionais da Atenção Primária, especialistas e gestores em saúde mental do Brasil.

A incorporação do acolhimento e do vínculo no cotidiano do cuidado em saúde também tem contribuído para desvelar e problematizar a (des)humanização do atendimento, determinada, principalmente pela tecnificação do cuidado à saúde (SILVEIRA; VIEIRA, 2009).

### **3. REVISÃO DE LITERATURA**

#### **3.1. Sistema Único de Saúde e atenção primária à Saúde**

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) tem seus princípios doutrinários regidos pelo movimento de Reforma Sanitária, movimento das classes de trabalhadores de saúde, lideranças comunitárias, representantes da academia, dentro de um processo de redemocratização do Estado Brasileiro. O processo considera a Conferência de Alma Ata 1978, que propõem sistemas de saúde como melhorias sustentáveis e maior equidade no estado de saúde das populações. No decorrer desse processo o Brasil redireciona esforços para um Sistema de Saúde fundamentado na Atenção Primária em Saúde.

Nesse contexto os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são profissionais que ocupam um importante lugar na interlocução entre a comunidade e o serviço de saúde e tem um forte potencial para que os serviços possam avançar ao encontro dos atributos essenciais. Ocorre uma aproximação da proposta de atenção primária com um serviço especializado, que interage na comunidade, que trabalha o território, esse entendido como o conjunto de relações afetivas que compõem um determinado meio. Lancetti, 2008 fala da grande contribuição dos Agentes Comunitários de Saúde:

Eles levam ações e paixões coletivas, solidárias, e tecem fio a fio redes microsociais de alto poder terapêutico. Eles e elas estão articulados com a clínica praticada pelos médicos e enfermeiros, que busca defender a vida e, pela clínica de saúde mental, que busca reduzir internações psiquiátricas, o suicídio e o homicídio, e gerar uma subjetividade cidadã e livre. (LANCETTI, 2008 p. 94).

No entanto, segundo Campos (2008 p. 144), apesar da franca expansão da ESF em algumas regiões do país, é importante reconhecer que estamos longe de dispor de uma rede de atenção básica com ampla cobertura e com eficácia adequada.

Nesta perspectiva é no nível da atenção primária à saúde, porta de entrada preferencial de todo o Sistema Único de Saúde, que as necessidades de saúde mental dos usuários devem ser primeiramente acolhidas e tratadas. Isto possibilita, além de um acolhimento a partir da família e da comunidade, estender a cobertura em saúde mental a um maior número de usuários e diminuir os encaminhamentos de pacientes para a atenção especializada. Isso ganha importância no contexto brasileiro devido à escassez de profissionais especializados e ao aumento da utilização de serviços ambulatoriais por pacientes mais graves, conseqüentes ao processo de desinstitucionalização psiquiátrica.

A atenção básica tem potencial para desenvolver dois principais tipos de ações de saúde mental. O primeiro consiste em detectar as queixas relativas ao sofrimento psíquico e prover uma escuta qualificada deste tipo de problemática; o segundo compreende as várias formas de lidar com os problemas detectados, oferecendo tratamento na própria atenção básica ou encaminhando os pacientes para serviços especializados. (TANAKA e RIBEIRO, 2009)

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, Portal da Saúde, 2010), as queixas psíquicas são a segunda causa mais freqüente de procura por atendimento na Atenção Básica (AB). Segundo estimativas internacionais e do Ministério da Saúde, 3% da população (cinco milhões de pessoas) necessita de cuidados contínuos (transtornos mentais severos e persistentes), e mais 9% (totalizando 12% da população geral do país – 20 milhões de pessoas) precisam de atendimento eventual (transtornos menos graves).

### **3.2 Da loucura à criação da Política Nacional de Saúde Mental**

O entendimento que se tem de loucura, assim como todos os conceitos relacionados aos seres humanos, caracterizam-se por um processo dinâmico que é construído ao longo do tempo, considerando diversos fatores e acúmulos vivenciados no seio das comunidades, por mais complexas que se possam apresentar. Na Grécia antiga, a loucura era considerada uma manifestação divina. Já na Idade Média, a

loucura era vista como expressão das forças da natureza, como algo não humano. Modelos religiosos de repressão dos diferentes, na Europa em meados do século XV, culminam com a inquisição e a eliminação dos diferentes. No século XVII, com o surgimento dos movimentos intelectuais, com proposta de um modelo político que diminuísse o poder absoluto dos reis, marca um modelo econômico: mercantilismo, assim a repressão passa a ter cunho econômico. Dessa forma são criados, na Europa, estabelecimentos de internação para os indivíduos considerados improdutivos economicamente: os velhos e crianças abandonadas, os aleijados, os mendigos, os portadores de doenças venéreas e o louco. Percebe-se que a concepção de loucura se adapta aos fatores da sociedade, fato este evidenciado em diversos estudos, dentre os quais destaca-se os trabalhos de Foucault (1995), Castel (1978), Goffman (2001), Birman (1978, 1994) e Amarante (1995, 1996).

No século XVIII, a loucura adquire o estatuto de “doença mental”, exigindo a atenção de especialistas. Mas, apesar desse “avanço”, admitir a necessidade de cuidado aos loucos, estes ainda eram considerados pessoas com “desrazão” e passou-se, então, a asilá-los em instituições com disciplinas rígidas. Este processo definiu-se a partir de Pinel, como *alienação* considerado “o ato de estar fora de si próprio, de tornar-se um outro, de perder a consciência de si e das coisas” (AMARANTE, 1996, p. 44-46). A loucura, neste momento, é entendida como uma alienação, isto é, como o estado de privação de liberdade, de perda do seu livre arbítrio.

No período em que as internações psiquiátricas eram questionadas em ambientes acadêmicos europeus, consideradas obsoletas em razão das mazelas que reproduzem, chegou a psiquiatria e seu método asilar ao Brasil, em conjunto com tantas outras influências francesas recepcionadas por nosso país. Contudo, mesmo antes deste fato, já havia no Brasil, desde o princípio do século XIX, registros de cerceamento de indivíduos perigosos ou indesejados às cadeias, em razão de supostos transtornos mentais (ou simplesmente por serem vadios, bêbados ou arruaceiros), além do abrigo por parte das Santas Casas de Misericórdia dos que se encontravam em situação semelhante. Observa-se, desta forma, a aplicação de medidas efetivamente punitivas aos que não tiveram sua segregação baseada em delitos.

Os primeiros estabelecimentos específicos para doentes mentais foram construídos no país na segunda metade do século XIX, a começar pelo Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro, anexo à Santa Casa de Misericórdia da Corte 2, criado pelo Decreto 82 de 1841, funcionando desse ano até 1852 como Hospício Provisório. Nos anos que se seguiram foram criados asilos em outras províncias, os quais se assemelhavam mais às próprias cadeias do que a lugares reservados ao tratamento de enfermos.

No Brasil, em 1987, como desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde, aconteceu a primeira Conferência Nacional de Saúde Mental. Nesta Conferência foram apontadas como diretrizes gerais a descentralização, o controle social e a integralidade.

O estado do Rio Grande do Sul, pioneiro no Brasil, aprovou a Lei nº. 9.716, de 07 de agosto de 1992, que dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Estado. Esta lei determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos pelo atendimento em uma rede de atenção integral em saúde mental. Esta mesma lei determina ainda regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias. (BRASIL, Ministério da Saúde, 2004 p. 63).

A Reforma Psiquiátrica, como movimento ideológico político, questionador de práticas em saúde mental, possibilitou a construção, em meados de 1990, da Política Nacional de Saúde Mental. Esta política tem como proposição a superação do modelo hospitalocêntrico, para a construção de uma rede de serviços abertos, comunitários, que favoreçam a inserção social dos seus usuários. Busca-se, desta forma, uma aproximação no processo de atenção e cuidado do usuário da saúde mental nos espaços dos serviços de saúde, principalmente através das equipes de saúde da família.

A saúde mental, como área programática da atenção básica fica encarregada de estruturar uma rede de saúde, tendo como base o trabalho territorial, invertendo a lógica hospitalocêntrica. Para isso, são criados os CAPS - Centro de Atenção Psicossocial -, como proposta de exercer um serviço substitutivo especializado, atuando no próprio território.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) têm sido a estratégia prioritária adotada no processo de desinstitucionalização no Brasil. São serviços que buscam desenvolver novas modalidades de cuidado integral à saúde mental, baseados em liberdade, acolhimento, cidadania e territorialidade (BRASIL, 2004, p.9).

A atual política nacional prevê a inclusão da saúde mental na rede de atenção primária à saúde através de serviços que acolham e reconheçam as diferenças e suas limitações, que possam ampliar a clínica, reconhecerem seu território, suas redes sociais. A partir desta proposta, busca-se propor estratégias singulares de atenção e cuidado, resgatando vínculos, comprometendo as equipes de saúde, potencializando o cuidado familiar e o acompanhamento ao longo do tempo.

A especificidade dos conhecimentos e das práticas profissionais dá lugar à elaboração de propostas construídas no cotidiano dos serviços entre profissionais e usuários, familiares e comunidade (CARVALHO e AMARANTE, 2000, p.50). É dentro dessa perspectiva que surge a proposta da Reabilitação Psicossocial, que propõe uma outra forma de intervenção sobre a saúde mental que busca auxiliar o doente mental a encontrar seu espaço na sociedade.

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os usuários com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca de autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicossocial. Estes deverão estar entrelaçados com a rede municipal de saúde sendo, por exemplo, “retaguarda” para o trabalho dos agentes comunitários de saúde e equipes de saúde da família.

Os CAPS são diferentes quanto ao tamanho do equipamento, estrutura física, profissionais e diversidade nas atividades terapêuticas. Quanto à especificidade da demanda, isto é, para crianças e adolescentes, usuários de álcool e outras drogas ou para transtornos psicóticos e neuróticos graves. (BRASIL, 2004, p.9).

As linhas de trabalho do Ministério da Saúde têm provocado a ampliação das ações que visam à melhoria da qualidade de vida, bem como da Saúde Mental dos brasileiros. Nota-se um aumento no percentual de pessoas atendidas pela saúde da família, passando de 25,4% em 2001 para 52,3% em Agosto de 2010 (DAB, 2010), com trabalhos territoriais e comunitários, voltados para uma aproximação da real necessidade de saúde da clientela adscrita.

Em termos de saúde mental, atualmente temos 1.541 Centros de Atenção Psicossocial<sup>2</sup> no Brasil<sup>3</sup> divididos em: 725 CAPS I, 406 CAPS II, 46 CAPS III, 122 CAPSi e 242 CAPSad. O Ministério da Saúde, através da Política Nacional de Saúde Mental, também incentiva criação de novos CAPS, bem como de serviços residenciais terapêuticos, leitos em hospitais gerais, e serviços hospitalares de referência para tratamento de álcool e outras drogas. Estimula com recursos para supervisão clínico-institucional aos CAPS e a rede de Atenção Psicossocial de um modo geral.

### 3.3 Avaliações em serviços de Saúde Mental

A avaliação em serviços de saúde<sup>4</sup> é uma atividade que recorre por meio de métodos e técnicas de investigação para determinar a mais sistemática, objetivando a possível relevância, efetividade e impacto das atividades exercidas no âmbito dos serviços de saúde, tendo em vista seus objetivos.

A coleta sistemática e análise de resultados devem nortear as ações em saúde. Felisberto (2006, p. 554) ressalta que o ato de avaliar só agrega valor quando o conhecimento e o uso das informações produzidas geram aprimoramento institucional e profissional, mas salienta que no Brasil não temos ainda incorporada a prática de avaliação sistemática:

Entretanto, os avanços, na maior parte dos casos, constituíram-se em iniciativas pontuais, mediante pesquisas específicas, estudos de casos ou produção regular de dados sem a equivalente regularidade de análise dos mesmos, orientada para as necessidades da gestão. (FELISBERTO, 2006, p. 554)

---

<sup>2</sup> CAPS I e II: são para atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes; CAPS III: são para atendimento diário e noturno de adultos, durante os setes dias da semana, atendendo à população de referência com transtornos mentais severos e persistentes; CAPSi: são para infância e adolescência, para atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais; CAPSad: são para usuários de álcool e drogas, para atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Esse tipo de CAPS possui leitos de repouso com finalidade exclusiva de tratamento e desintoxicação.

<sup>3</sup> Fontes: Área Técnica de Saúde Mental/DAPES/SAS/MS

<sup>4</sup> Health Services Evaluation (ONU, 1984) Pesquisa SP1. 011.122.153 em base de dados LILACS (categoria DECS) and mental encontra-se 24 publicações (05/11/2010).

Além disso, avaliar o próprio monitoramento, a estrutura, processo e resultado do trabalho ajudam na construção de instrumentos que permitam resolução de problemas, apenas possíveis de serem identificados se a avaliação está presente.

Na busca de instrumentos na literatura nacional utilizados para a avaliação e monitoramento em saúde é possível observar que os mais citados são:

- Questionário de Qualidade de vida (WHOQOL, 1998), constando de 26 questões divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio-ambiente;

- Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) Espera-se que o conjunto das práticas de saúde desenvolvidas pelos profissionais das equipes devam abranger todas as fases do ciclo de vida humana, os agravos prioritários, necessidades de saúde e doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis e ações programáticas (**saúde mental**, saúde do trabalhador, programas de reabilitação comunitária). Considerou-se, assim, na elaboração da proposta e dos instrumentos de Avaliação para Melhoria da Qualidade, esta visão ampliada da organização, funcionamento e práticas de saúde no âmbito da estratégia.

- O Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (*PCATool – Primary Care Assessment Tool*) que foi criado com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde, apresenta originalmente versões autoaplicáveis destinadas a crianças (PCATool versão Criança), adultos maiores de 18 anos (PCATool versão Adulto), profissionais de saúde e, também, ao coordenador/gerente do serviço de saúde. O PCATool mede a presença e a extensão dos atributos considerados essenciais e derivados da APS.

PITTA em 1996<sup>5</sup> discutiu a natureza do sujeito epidemiológico no estudo bifásico de corte transversal que avaliava a satisfação com os Serviços de Saúde Mental na cidade de Santos em São Paulo, Brasil, considerando os produtos desses serviços a variável dependente ou principal. Determinantes de uma pior ou melhor avaliação pelo conjunto de informantes (pacientes N = 139, familiares N = 122 e trabalhadores de saúde N = 175), é demonstrada através de seleção de questões formuladas por grupos de interesses, em tabelas e na discussão. Houve uma maior dificuldade no ajuizamento dos trabalhadores dos serviços, enquanto os pacientes

---

<sup>5</sup> Como parte de estudo multicêntrico OMS/CNPq/USP, UFRJ, UNICAMP.

revelaram grande disposição em emitir opiniões; os familiares ficaram em posição intermediária. A avaliação global dos serviços foi positiva, implicando em graduações distintas conforme segmento de informantes. Trabalhadores e pacientes expressaram maior crítica positiva e negativa. Contudo a autora já sinalizava para o desafio de, para além de uma boa descrição, construir instrumentos para avaliação dos serviços de saúde mental.

Revisando a literatura sobre avaliação em saúde mental encontra-se o estudo de Bandeira et al (2002) com aplicação da Escala Brasileira de Satisfação dos Familiares com os Serviços de Saúde Mental (Satis-BR) reformulada a partir da escala original elaborada pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A coleta de dados foi feita em cinco centros de atenção psicossocial (CAPS) do município do Rio de Janeiro, onde se aplicou o questionário a 108 familiares dos pacientes. Foram obtidos valores satisfatórios do coeficiente alfa de Cronbach para a escala global (alfa = 0,79) e para as subescalas que avaliam a satisfação com os resultados do tratamento (alfa = 0,81), a satisfação com a competência dos profissionais (alfa = 0,76) e a satisfação com as condições de privacidade e confidencialidade do serviço (alfa = 0,89). A adaptação feita neste questionário permitirá maior facilidade de aplicação e de análise dos resultados referentes à satisfação dos familiares com os serviços de saúde mental no contexto brasileiro.

Em 2004, o estudo de Wetzel E Kantorski de avaliação dos CAPS da região sul do Brasil (CAPSUL), que se desdobra em um estudo qualitativo e um estudo quantitativo, onde propõe investigar aspectos de estrutura, processo de trabalho e resultados dos CAPS, ouvindo usuários, familiares, trabalhadores e coordenadores dos serviços nos três estados.

Tavares et al (2005) propõem uma discussão sobre a avaliação em saúde apresentando como um dos processos capazes de fornecer subsídios à tomada de decisão no setor com maior responsabilidade, eficácia e adequado, onde o objetivo principal foi verificar como estava a avaliação das práticas de cuidar envolvendo arte no âmbito do CAPS.

Onocko-Campos (2006) trouxe para discussão um possível instrumental metodológico para pesquisa avaliativa da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do SUS, onde problematizava a relevância que a área da saúde mental

deveria ter para a saúde coletiva, considerando a alta prevalência de transtornos psíquicos e relativa carência de estudos da interface dessas áreas. Esta autora considerou como resultado importante o resgate da participação de diversos atores no processo avaliativo, a necessidade de coletar e sistematizar diversos estudos desenvolvidos na academia sobre o tema, e a importância de promover um novo território de pesquisa no âmbito das políticas públicas de saúde, que possa subsidiar formuladores, gestores e equipes na reformulação de suas práticas.

Dos estudos atuais o que mais se aproxima da proposta em questão é o trabalho de Alvarado (2007) no Chile, que desenvolveu e validou um instrumento que descreve e caracteriza as redes de serviços de saúde mental para pessoas com esquizofrenia, com uma primeira validação, incluindo a aplicação-piloto em três redes de atenção. O autor enfatiza que é necessária uma política de desenvolvimento na reforma dos cuidados de saúde, e dentro da saúde mental precisa de desenvolver uma componente de avaliação, para os quais é importante ter ferramentas para estudar a estrutura e o funcionamento das redes de cuidados de saúde.

Diante dos estudos apresentados na revisão de literatura, a falta de instrumentos para avaliação específica dos serviços de Saúde Mental no Brasil, ainda mais na Atenção Primária é notória, evidencia-se esta necessidade, tendo em vista o crescimento da demanda da criação de políticas públicas para o cuidado a pessoa com transtorno mental, e a remodelagem da atenção a partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Diante deste contexto, faz-se fundamental um instrumento que possa avaliar e planejar as ações para redimensionar a rede de cuidado a pessoa com transtorno mental enfocando na atenção primária à saúde.

### **3.4 O Estudo Delphi**

Face a inexistência de um instrumento específico que avalie o acolhimento dos transtornos mentais na atenção primária a saúde, o presente estudo se propôs a desenvolver um instrumento para este fim. A fim de obter um instrumento capaz de apreender a realidade dos serviços de saúde, bem como dar conta das diretrizes da

política nacional de saúde mental, foi utilizado um estudo Delphi. Este estudo se fundamenta na idéia do consenso de grupo a respeito de um determinado fenômeno. O grupo é composto por “juízes” ou especialistas, ou seja, profissionais efetivamente engajados na área onde está se desenvolvendo o estudo. O estudo Delphi é um processo sistemático e iterativo (repetitivo) que difere dos métodos coletivos de consenso com interação face a face por reduzir o efeito de contaminação entre os participantes e por realizar a retro alimentação com as estatísticas geradas em cada rodada de participação. Dado a estabilização na opinião dos participantes o estudo Delphi pode apresentar inúmeras rodadas.

Ducan e Shmidt (1992) consideram que o estudo Delphi tem como característica principal o respeito e a valorização da experiência e do conhecimento de cada um dos participantes, que de uma forma dirigida coloca à apreciação coletiva seus julgamentos, que apesar de serem subjetivos, são resultados de um longo processo de sistematização do conhecimento adquirido na prática e transformando no julgamento individual subjetivo.

Severino (1991) considera método os procedimentos mais amplos de raciocínio e, técnica como os procedimentos mais restritos que operacionalizam os métodos mediante emprego de instrumentos adequados. Assim sendo utilizaremos a denominação de Técnica, também aceita internacionalmente nas mais atuais e diversas pesquisas. Spínola (1984) a descreve como uma técnica preditiva, que poderá ser utilizada de forma “preventiva” para determinadas ocorrências, uma vez que tem potencial para prever certos tipos de eventos, através de projeções. Esta autora ainda afirma que tal técnica é usada em especial, quando há falta de acordo ou conhecimentos incompletos da natureza ou dos componentes de uma situação, geralmente de índole técnico-científica.

Ávila e Santos (1988) discorrendo sobre técnicas para a obtenção de cenários narrativos, quanto ao uso de especialistas, afirmam que, tradicionalmente, são utilizados métodos analíticos fechados para a estruturação de problemas. Não obstante, tais métodos não conseguem captar todas as variações e inter-relacionamentos relativos a situações problemáticas complexas. Torna-se então necessário o desenvolvimento de modelos flexíveis e abertos que incorporem

critérios subjetivos e ingerências pessoais sobre o comportamento do sistema em estudo.

Assim, a participação de especialistas, ao respaldar o processo de identificação e seleção das variáveis e inter-relacionamentos importantes para a análise do problema, bem como a coleta de informações e idéias para a definição de hipóteses e perspectivas, pode oferecer credibilidade suficiente para a validação dos procedimentos adotados.

Ainda, com relação aos especialistas Williams e Webb (1994) consideram Delphi uma técnica de contabilidade de resultados em função do grau de especialistas, não havendo um número ideal de juízes, sendo que a composição do grupo varia de acordo com o fenômeno em estudo e dos critérios definidos, pelo pesquisador, para a seleção destes especialistas.

Avila e Santos (1988) destacam as técnicas de *brainstorming*, *nominal group technique* (NGT), delphi e *clinical interviewing* como sendo técnicas onde se procura enfatizar a livre interação dos participantes do estudo neste caso explora-se a criatividade pura do grupo, sem restrições à natureza das idéias; assim, todas as contribuições fornecidas são consideradas importantes, resultando na incorporação de aspectos multidisciplinares.

O estudo Delphi se caracteriza por possibilitar formas alternativas de questionamento, pela agregação das respostas dos especialistas de maneira interativo-sistemática, flexível número de interações, bem como do número de especialistas, permitindo retroalimentação em um processo de análise parcial dos resultados, utilizando a comunicação escrita (AVILA; SANTOS, 1988).

O estudo consiste numa série de fases (rodadas) durante as quais um grupo de sujeitos toma conhecimento do conteúdo, utilizando o questionário. A estes sujeitos é solicitado que se faça um julgamento ou que eles comentem sobre os itens apresentados. Duffield (1993) afirma que o consenso do grupo ocorre porque a visão dos participantes converge por meio de um processo de tomada de decisão.

No geral, o estudo Delphi é um procedimento que motiva os juízes a pensarem mais no assunto em questão, considerando que estes podem ser agentes multiplicadores do tema abordado (FARO, 1997).

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1. Objetivo Geral**

Construir um instrumento para a avaliação do acolhimento dado ao usuário em sofrimento psíquico atendido nas unidades de atenção primária à saúde.

### **4.2 Objetivos Específicos**

- Compreender a concepção que os profissionais da estratégia saúde da família possuem sobre sofrimento psíquico;
- Identificar as principais dificuldades dos profissionais da estratégia saúde da família no acolhimento dos usuários em sofrimento psíquico;
- Mapear a formação que estes profissionais possuem sobre o sofrimento psíquico;
- Identificar as estratégias que utilizam para o acolhimento dos usuários em sofrimento psíquico;
- Conhecer as perspectivas de recuperação dos usuários portadores de sofrimento psíquico que os profissionais identificam.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alvarado R. Elaboración y validación de instrumento que describe y caracteriza las redes de servicios de salud mental para personas que padecen esquizofrenia. Rev. Chile Salud Pública; 2007;11(3):117-126.

Amarante P (Org.) Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Panorama Ensp/Ed. Fiocruz; 1995.

\_\_\_\_\_. O Homem e a Serpente: outras histórias sobre a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 1996.

Bandeira M et al. Escala de avaliação da satisfação dos familiares com os serviços de saúde mental: Satis-BR. Jornal brasileiro de psiquiatria; 2002, jun;51(3):153-166.

Birman J. A Psiquiatria como Discurso da Moralidade. Rio de Janeiro: Graal; 1978.

\_\_\_\_\_. Costa JF. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: Amarante P (Org). Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 1994, p. 41-72.

Birman J. Mal-estar na Atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação. 3ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2001.

Brasil. Legislação em saúde mental: 1990-2004. Ministério da Saúde. Secretaria-executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Fortalecimento das ações de monitoramento e avaliação da atenção básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Revista Brasileira Saúde Materno Infantil, Recife, 2004, out/dez; 4(4):449-459.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2004, p. 9.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação; Coordenação técnica: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Instituto Materno Infantil. Prof. Fernando Figueira, IMIP. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005, 36 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Monitoramento e avaliação na política nacional de humanização na rede de atenção e gestão do SUS: manual com eixos avaliativos e indicadores de referência. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Avaliação para melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família. Caderno de Auto-Avaliação no 1. Gestão Municipal da Saúde. 3ª edição. Brasília – DF; 2009.

Brasil, Portal da Saúde. O que é Reforma Psiquiátrica. [acesso 2010 out 30] Disponível em URL: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?acesso=2008 abr 30](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?acesso=2008%20abr%2030&idtxt=33929)idtxt=33929

\_\_\_\_\_. Portaria Nº. 2.669/GM, de 3 de novembro de 2009. Publicada no DOU de 06 de novembro de 2009.

Campos GW et al. Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2008. 411p.

Castel R. A Ordem Psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Graal; 1978.

DAB Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família. Números consolidados [2010 out 19]. Disponível em URL: <http://200.214.130.35/dab/abnumeros.php#consolidado>

Dalmolin BM. Esperança Equilibrista: cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.

Desviat M. A reforma psiquiátrica. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999. Coleção Loucura & Civilização. 2ª reimp. 2008.

Duncan BB, Schmidt MI. Diretrizes e estratégias da Rede IDA. Bol. Inform. Rede IDA, 1992; 9(7), p. 6-7.

Faro ACM. Técnica Delphi na validação das intervenções de enfermagem. Rev Esc Enferm. USP. 1997; 31(2):259-73.

Felisberto E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. Ciência & Saúde Coletiva, 2006; 11(3): 553-563.

Foucault M. História da Loucura na Idade Clássica. 4ed. São Paulo: Perspectiva; 1995.

Goffman E. Manicômio, Prisões e Conventos. 7ed. Rio de Janeiro: Perspectiva; 2001.

Lancetti A. Clínica Peripatética. São Paulo: Hucitec; 2008 127p.

Landeta J. El Método Delphi: Una Técnica de previsión para la incertidumbre. Barcelona: Editorial Ariel; 1999.

Minayo MCS et al. Avaliação por triangulação de métodos: abordagens de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. 244p, 2 reimp. 2008.

OMS Organização Mundial da Saúde. Classificação dos Transtornos Mentais e Comportamentais, décima versão. CID 10: Organização Mundial da Saúde, 1993.

\_\_\_\_\_. Relatório sobre a saúde no mundo. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: 2001; p.29.

Onocko-Campos RT, Furtado JP. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. Cadernos de saúde pública; 2006, mai. 22(5): 1053-1062.

OPAS Organização Pan-Americana da Saúde. Apoio à implementação de políticas de saúde mental nas américas: Apreciação, Tendências e Metas de Ação de Saúde Pública. Organização Pan-Americana da Saúde: OPAS/OMS; 2010.

Pitta AMF. Qualidade de serviços de saúde mental: desafios para a epidemiologia. Jornal brasileiro de psiquiatria; 1996, jun, 45(6):313-321.

Spínola AWP. Delfos: proposta tecnológica alternativa. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1984.

Starfield B. Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002, 726p.

Tavares CMM, Sobral VRS. Avaliação das práticas de cuidar envolvendo arte no âmbito do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). REME Revista Min Enfermagem; 2005, 9(2):121-125.

The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assesment 1998. Psychol Med 1998;28:551-8.

\_\_\_\_\_. The World Health Organization quality of life assesment (WHOQOL): development and general psychometric properties 1998. Soc Sci Med 1998;46(12):1569-85.

Vasconcelos EM (Org). Abordagens psicossociais, volume II: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2008. 335p.

Víctora CG, Knauth DR, Hassen MNA. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial; 2000.

Wetzel C, Kantorski LP. Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis SC, Brasil. Texto & Contexto Enfermagem. 2004,out/dez;13(04):593-598.

Willians PL, Webb C. The delphi technique: a methodological discussion. J.Adv.Nurs, 1994;19(1):180-6.

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desafio inicial deste estudo constitui em aproximar a saúde mental do campo da epidemiologia, pois se já era um desafio aproximar esta da atenção primária, imagina do campo da ciência que estuda quantitativamente os fenômenos da saúde-doença. Salienta-se que esta aproximação não é inédita, porém com necessidade de maiores discussões.

Acredita-se que foi cumprido este desafio e com vigor. Pode-se dizer que o tema foi visto por vários ângulos e distintas dimensões, evidenciando nuances dos saberes quantitativo e ampliando o olhar qualitativo.

Contudo revendo resultados proporcionados pelas etapas do estudo aponta-se para amplitude das possibilidades de atenção nos serviços do Sistema Único de Saúde.

A necessidade de identificar as principais dificuldades dos profissionais da estratégia saúde da família no acolhimento dos usuários em sofrimento psíquico foi percebida no decorrer da pesquisa através do estudo Delphi, bem como a compreensão que estes profissionais têm sobre o sofrimento psíquico que ainda é algo a ser explorado com o instrumento construído.

A pesquisa possibilitou identificar as perspectivas que os profissionais, tanto especialistas em saúde mental como os “profissionais da ponta”, têm em relação ao tratamento dos usuários em sofrimento psíquico e sinalizou para algumas estratégias de trabalho em rede, utilizada para o acolhimento na atenção primária à saúde, porém novos estudos são necessários para compor o arsenal necessário para aprofundar a interface da saúde mental na atenção primária.

As questões selecionadas pelos “juízes” para compor o instrumento de avaliação da saúde mental na atenção primária à saúde indicam que devem ser considerados os seguintes indicadores nesta avaliação: concepção sobre sofrimento psíquico, acolhimento nas equipes de saúde da família, a formação dos profissionais, possibilidades de tratamento, bem como rede de apoio.

## **ANEXO A – PROJETO DE PESQUISA**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM EPIDEMIOLOGIA:  
GESTÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE NA  
LINHA DE PESQUISA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Carolina Santos da Silva

O ACOLHIMENTO AO USUÁRIO EM SOFRIMENTO PSÍQUICO NA PERSPECTIVA  
DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Porto Alegre

2009

Carolina Santos da Silva

O ACOLHIMENTO AO USUÁRIO EM SOFRIMENTO PSÍQUICO NA PERSPECTIVA  
DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Projeto de Pesquisa apresentado ao Mestrado  
Profissional em Epidemiologia: Gestão de  
Tecnologias em Saúde, para a linha de pesquisa de  
Atenção Primária à Saúde.

Orientadora: Dra. Daniela Riva Knauth

Porto Alegre  
2009

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	32
2 JUSTIFICATIVA .....	34
3. QUESTÃO DE PESQUISA .....	36
4 OBJETIVOS .....	37
4.1 OBJETIVO GERAL .....	37
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	24
5 METODOLOGIA.....	38
5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO .....	38
5.2 ESTRATÉGIA DE COLETA.....	38
5.3 POPULAÇÃO DE PESQUISA .....	40
6 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS.....	41
7 QUESTÕES ÉTICAS.....	42
8 CRONOGRAMA.....	43
8 RECURSOS NECESSÁRIOS .....	44
9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	45
ANEXO A - ROTEIRO GRUPO FOCAL .....	47
ANEXO B - PERFIL DOS “EXPERTS” DO DELPHI PARA VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO.....	48
ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO I .....	49
ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO II.....	50

# 1 INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família reafirmou na Atenção Primária à Saúde algumas características como o trabalho em equipe, a adscrição de clientela e, conseqüentemente, a possibilidade de gestão por resultados, em oposição à gestão por procedimentos, assim como outras áreas em que preconiza o Sistema Único de Saúde (SUS).

Diante dos princípios do SUS evidenciamos a necessidade de produzir conhecimento acerca do Acolhimento nas Equipes de Saúde da Família e, portanto, de uma atenção integral às pessoas que vivem uma situação de sofrimento psíquico.

Pode-se refletir sobre a formação acadêmica que os profissionais da Saúde possuem, com contextos disciplinadores arraigados, proporcionando, por vezes, atenção em saúde burocratizada, com dificuldades e limitações sobre a temática da saúde mental.

Seguindo a lógica da descentralização do SUS, foi sendo estimulada a constituição de redes de atenção psicossocial, substitutivas ao modelo centrado na referência hospitalar, resultando na criação de serviços de atenção diária de base municipal. Sobre estas redes pode-se pensar que são territórios organizados, buscando a atenção em saúde.

O Rio Grande do Sul, pioneiro no Brasil, aprovou a Lei nº. 9.716, de 07 de agosto de 1992, que dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Estado e determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental; determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias, e dá outras providências (BRASIL, Ministério da Saúde, 2004a, p. 63).

A especificidade dos conhecimentos e das práticas profissionais dá lugar à elaboração de propostas construídas no cotidiano dos serviços entre profissionais e usuários, familiares e comunidade. É dentro dessa perspectiva que surge a proposta da reabilitação psicossocial, que considera, na rede de atenção em saúde, os recursos afetivos, sanitários, culturais e sociais, potencializadores para repensarmos a clínica, auxiliando o sujeito em sofrimento psíquico a encontrar seu espaço na sociedade.

Sabe-se como é difícil implementar a reforma psiquiátrica e como são grandes os desafios, visto os retrocessos como, por exemplo, o “Ato Médico”, e as imensas discussões em torno da Lei da Reforma Psiquiátrica. Um dos maiores desafios é justamente a consolidação desses serviços de atenção diária, componente estratégico de uma política

destinada a diminuir a lacuna assistencial ainda existente no atendimento a usuários com transtornos mentais.

Assim surgem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que são serviços especializados em atendimento aos usuários em sofrimento psíquico, cujo maior objetivo é evitar as internações psiquiátricas e realizar a reabilitação psicossocial.

Os CAPS são serviços que compõem a rede substitutiva aos hospitais psiquiátricos e podem ser classificados como: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSad e CAPSi, de acordo com o nível de atenção, população de referência e demanda. Estes serviços deverão ser “retaguardas” na atenção em saúde mental para o trabalho dos agentes comunitários de saúde, bem como às equipes de saúde da família.

A esses desafios acrescentam-se problemas como: a desvalorização dos trabalhadores de saúde, a precarização das relações de trabalho, o baixo investimento em processos de educação permanente em saúde desses trabalhadores, a pouca participação na gestão dos serviços e o frágil vínculo com os usuários.

Assim, tornou-se imprescindível uma produção rigorosa de conhecimento que possibilite avaliar a relação entre as perspectivas dos profissionais no acolhimento aos usuários em sofrimento psíquico e os desfechos relacionados à atenção primária à saúde.

As questões norteadoras desta pesquisa são: Quais são as maiores dificuldades dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em acolher um usuário em sofrimento psíquico? Por que este, muitas vezes, deixa de apostar na recuperação do sujeito com sofrimento psíquico grave? Em que momentos sentem que os recursos já não são suficientes para abarcar o sofrimento gerado pelo adoecimento psíquico? Quais são as apostas dos profissionais em relação à saúde mental?

## 2 JUSTIFICATIVA

O SUS, ao longo de sua construção, tem afirmado a universalidade, a integralidade e a equidade da atenção, além de apontar para uma concepção de saúde que não se reduza à ausência de doença, mas se estenda à vida com qualidade.

Especialmente em um país como o Brasil, com profundas desigualdades socioeconômicas, permanecem vários desafios na saúde, como a ampliação do acesso com qualidade aos serviços e aos bens de saúde e a ampliação do processo de co-responsabilização entre trabalhadores, gestores e usuários nos processos de gerir e de cuidar (BRASIL, Ministério da Saúde, 2008).

No contexto da Atenção Primária, o sofrimento psíquico é subdiagnosticado, porque a maioria dos diagnósticos são definidos quando o usuário está em crise, tornando um ponto nodal da rede de atenção integral à saúde. Deste modo, as investigações que definam a qualidade do acolhimento na perspectiva dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família em relação aos agravos são fundamentais para o direcionamento das políticas públicas no âmbito sanitário. Esta análise de processo trará indicadores para “ampliar” a discussão acerca da reforma psiquiátrica.

A prática de acolhimento pode ser entendida como “porta de entrada”, a recepção e a busca de uma solução adequada aos problemas de todos os usuários que procuram os serviços de saúde; uma tecnologia leve (MERHY, 2007), que compreende as relações e vínculos: tecendo juntos redes de cuidado integral. Independente de onde é e como, têm que ter longitudinalidade e coordenação, princípios da Atenção Primária à Saúde. A necessidade do usuário é mutante, cheia de crenças, culturas e potencialidades diversas.

A tecnologia acolhimento pode proporcionar o reordenamento das ações na Atenção Primária em Saúde, sob o prisma da saúde mental. Este reordenamento propõe que o serviço tenha uma reorganização usuário-centrada, evidenciando maior responsabilização dos atores envolvidos no processo de produção de saúde.

Não podemos pensar num trabalho de acompanhamento ao processo de reinserção social sem lançar mão de novas tecnologias em saúde. Ao agregarmos outros agentes envolvidos e comprometidos com o sujeito que sofre, como por exemplo, os profissionais da Atenção Primária à Saúde, que, segundo relato de Harzheim (2009), ao constituírem uma equipe qualificada podem resolver de 85 a 90%, dos problemas de saúde de uma comunidade,

estaremos potencializando os serviços nesse nível de atenção, evitando a superlotação de hospitais. Os serviços especializados são apenas uma parte do processo de atenção em saúde.

Pensar na atenção aos usuários buscando soluções emergenciais para suprir demandas instantâneas não é suficiente. Intervir nesse contexto implica buscar mudanças significativas nas formas de olhar, de compreender e de intervir nos problemas apresentados, construindo e desconstruindo concepções, tornando-se o primeiro passo para a análise e problematização do processo em que estamos inseridos.

Esta pesquisa justifica-se pela importância do tema e pela possibilidade de entender estas relações e elaborar novas estratégias para qualificar o atendimento às pessoas em sofrimento psíquico. Dessa maneira, levantará questões que poderão contribuir com o debate acadêmico sobre os sujeitos que vivenciam essa condição, que está relacionada à grande marca da exclusão social. O estudo justifica-se, também, perante a Política de descentralização e desinstitucionalização da saúde mental.

Atualmente existem poucas pesquisas sobre a percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) no acolhimento das pessoas em sofrimento psíquico. Sendo assim, a temática da pesquisa é nova, proporcionando uma reflexão sobre Atenção Primária à Saúde no Brasil, com recorte da saúde mental.

### **3. QUESTÃO DE PESQUISA**

Como os profissionais da ESF percebem o acolhimento dos usuários em sofrimento psíquico?

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GERAL**

Identificar as perspectivas dos profissionais da ESF no acolhimento dos usuários em sofrimento psíquico.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Compreender a concepção que os profissionais da estratégia saúde da família possuem sobre sofrimento psíquico;
- Mapear a formação que estes profissionais possuem sobre saúde mental;
- Identificar as estratégias que utilizam para o acolhimento dos usuários em sofrimento psíquico;
- Conhecer as perspectivas de recuperação dos usuários portadores de sofrimento psíquico que os profissionais identificam.

## **5 METODOLOGIA**

O projeto utilizará uma combinação de metodologias qualitativas e quantitativas. Para a construção do instrumento do estudo será realizado um grupo focal com profissionais da área da saúde e saúde mental, a fim de identificar os principais pontos a serem incluídos no instrumento. Para a validação do instrumento, será utilizada a metodologia Delphi. Por fim, o instrumento validado será aplicado nos profissionais médicos e enfermeiros que trabalham nas Unidades de Saúde da Família (USF), permitindo a discussão e aprofundamento sobre o acolhimento aos usuários em sofrimento psíquico na Atenção Primária à Saúde.

### **5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO**

Estudo transversal (a) e Estudo Delphi (b).

### **5.2 ESTRATÉGIA DE COLETA**

a) Grupo focal, técnica utilizada em pesquisa qualitativa com um tópico a ser explorado (VÍCTORA et al, 2000, p.64). O grupo focal consiste em um encontro com cerca de 2 horas de duração, podendo variar de acordo com a interação dos integrantes com a temática do roteiro pré-estabelecido (ANEXO A). O grupo será composto entre 8 e 14 participantes, assinarão termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO C) juntamente com um moderador e dois observadores. O ponto de partida para discussão neste grupo será o acolhimento em saúde mental na atenção primária a saúde.

b) Será utilizada a técnica Dephi para validação do questionário, elaborado a partir da discussão no grupo focal. Esta técnica permite obter consenso de grupo a respeito de um determinado fenômeno. O grupo é composto por “juízes” ou especialistas, ou seja, profissionais efetivamente engajados na área onde está se desenvolvendo o estudo (ANEXO B). O estudo Delphi é um processo sistemático e iterativo que difere dos métodos coletivos de

consenso com interação face a face por reduzir o efeito de contaminação entre os participantes e por realizar a retroalimentação com as estatísticas geradas em cada rodada de participação. Dada a estabilização na opinião dos participantes, o estudo Delphi pode apresentar inúmeras rodadas. Ducan e Shmidt consideram que o

Delphi tem como característica principal o respeito e a valorização da experiência e do conhecimento de cada um dos participantes, que de uma forma dirigida coloca à apreciação coletiva seus julgamentos, que apesar de serem subjetivos, são resultados de um longo processo de sistematização do conhecimento adquirido na prática e transformando no julgamento individual subjetivo (1992, p. 6-7).

- O questionário elaborado através do grupo focal será enviado por meio eletrônico para cada um dos especialistas selecionados, que terá o prazo estabelecido por cronograma (7 a 10 dias entre cada rodada) para ser respondido e enviado para e-mail do estudo. As respostas serão avaliadas e o questionário retornará para o participante sempre ao final de cada rodada com a resposta e as estatísticas gerais – mediana, média e desvio. Entende-se *média* como o valor que aponta para onde mais se concentram os dados de uma distribuição, *mediana* como o número que representa o valor intermediário que separa a metade superior da metade inferior do conjunto de dados e *desvio padrão* sendo a média das diferenças entre o valor de cada evento e a média central.

- Neste momento se iniciará uma nova rodada de respostas ao questionário, agora tendo como subsídio as informações do “coletivo” de participantes e as observações enviadas ou mesmo sugestões de inclusão de novos itens (sumarizadas e não identificadas);

- A cada início de rodada poderão ser excluídos da lista de questões alguns itens por alcançarem, já na rodada anterior, consenso sobre a inclusão do item ou não;

- A cada rodada as respostas dadas para cada questão tendem a se concentrar, diminuindo sua dispersão. O consenso, quanto à inclusão ou não da questão, ocorre quando esta oscilação diminuir, ou seja, quando ocorrer um pequeno número de mudanças de opinião quanto ao indicador entre uma ou duas rodadas;

- Para estabilização das respostas será realizado o seguinte cálculo: a variação da amplitude relativa interquartis entre duas rodadas deverá ser inferior a 0,05 para que o tema tenha atingido a estabilidade;

- Para definir o número de rodadas de iteração do estudo se convencionará que a proporção de mudança na opinião quanto à exclusão ou inclusão do tema, na rodada anterior a final, deverá ser inferior a 10% dos participantes.

c) A coleta será realizada durante os meses novembro e dezembro de 2009, através do questionário validado através da técnica Delphi com aplicação nos profissionais médicos e enfermeiros da estratégia saúde da família dos cinquenta e quatro municípios pertencentes a 6ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul (ANEXO D).

### **5.3 POPULAÇÃO DE PESQUISA**

a) No grupo focal serão convidados 14 profissionais de nível superior com atuação na saúde mental e experiência profissional na atenção primária à saúde. Será utilizado como critério de inserção intencional, priorizando a homogeneidade das experiências no percurso destes profissionais.

b) Para Técnica Delphi serão selecionados 36 profissionais (ANEXO B), que representam os seguintes grupos:

- Especialistas em Saúde Mental (SM) e responsável pela produção de conhecimento em Saúde Mental: 1) Professores de disciplinas em foco em Saúde Mental de cursos de graduação em Medicina, Enfermagem, Psicologia com experiência mínima de três anos; 2) Preceptores das Residências de Medicina de Família e Comunidade com pelo menos três anos na função; 3) Os pesquisadores foram indicados por pessoas-chave nos Centros de Pesquisa Saúde Coletiva/Epidemiologia da UFRGS. Os mesmos deveriam ter produção científica na área de Saúde Mental (produção de pelo menos 2 artigos na área nos últimos dois anos);
- Trabalhadores da atenção primária à saúde há pelo menos 3 anos;
- Coordenadores, gestores municipais e estaduais das políticas de Saúde Mental.

c) Na aplicação dos questionários a população será os profissionais médicos e enfermeiros das Unidades de Saúde da Família dos municípios pertencentes a 6ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (dos 58 municípios pertencentes, 54 possuem ESF) que consentirem em participar preenchendo o termo de consentimento livre e esclarecido do estudo (ANEXO D).

## **6 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS**

Após a realização da pesquisa serão feitas a análise dos dados e a elaboração de um artigo para publicação em revista científica, com possibilidade de debate acadêmico e apresentação em congressos. Também será realizada discussão, bem como devolução dos resultados da pesquisa para as equipes da SF, com objetivo de promover atenção integral aos usuários nestes serviços e ampliar a publicização do trabalho, principalmente no município em questão.

## **7 QUESTÕES ÉTICAS**

O estudo “O acolhimento na perspectiva dos profissionais das equipes de saúde da família” será submetido à apreciação do comitê de ética em pesquisa da UFRGS e também da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. As informações coletadas serão mantidas sob sigilo. Os sujeitos entrevistados serão convidados para colaboração na pesquisa, tornando-se voluntário o aceite, e deverão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO D).

## 8 CRONOGRAMA

ATIVIDADE	03 e 04 2009	05 e 06 2009	07 e 08 2009	09 e 10 2009	11 e 12 2009	01 e 02 2010	03 e 04 2010	05 e 06 2010	07 e 08 2010
Revisão da Literatura	x	x							
Redação do Projeto	X	X	X	x	X	x	X		
Defesa do Projeto		X							
Coleta de Dados			X	x	X	X			
Limpeza dos Bancos de Dados					X	X	X		
Análise dos Dados						X	X	X	
Defesa Preliminar									x
Redação do Artigo									x
Defesa Final									**

\* as ações não se esgotam neste cronograma e é passível de mudança de acordo com as orientações do curso e do professor orientador.

\*\* Data a ser definida pelo Curso MP – APS.

## 9 RECURSOS NECESSÁRIOS

O projeto intitulado “O acolhimento na perspectiva dos profissionais das Equipes de Saúde da Família” não terá financiamento de instituição. O Programa de Pós-graduação em Epidemiologia disponibilizará sala de encontro para o grupo focal, acesso à internet e outros softwares para criação de banco de dados e posterior análise dos resultados.

	Quantidade	Valor Unitário	Subtotal
Folha A4	01 pacote c/500	R\$ 17,00	R\$ 17,00
Caneta esferográfica	10	R\$ 0,70	R\$ 7,00
Cópia xerográfica	200	R\$ 0,10	R\$ 20,00
Tinta para impressora	01 preto+1 colorido	R\$ 40,00	R\$ 80,00
CD-R	05	R\$ 1,00	R\$ 5,00
Contratação de domínio de Website	1ano	R\$ 39,90	R\$39,90
Hospedagem de website	12meses	R\$11,00	R\$132,00
Contratação de Acesso Internet 3G	12meses	R\$99,90	R\$1.198,80
Contratação da ferramenta / software (ferramenta desenvolvida com a utilização da linguagem de programação PHP e banco de dados Mysql)	40horas	R\$8,75	R\$ 350,00
Serviços de telecomunicação	800minutos	R\$ 1,00 minuto	R\$ 800,00
		Total	R\$ 2.649,70

\* Este orçamento é passível de mudanças e alterações de acordo com o decorrer do projeto e as orientações a serem seguidas.

\*\* Os custos serão providos pela aluna/pesquisadora, sem patrocínio ou financiamento.

## 10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo; CRUZ, Leandra Brasil da (Orgs). **Saúde Mental, Formação e Crítica**. Rio de Janeiro: LAPS, 2008.

BERGER, Eliane. et al. **A rua como espaço clínico: acompanhamento terapêutico**. São Paulo: Escuta, 1991.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2ª ed. 2008. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_praticas\\_producao\\_saude\\_2ed\\_2008.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude_2ed_2008.pdf)>. Acesso em: 05 Mai. 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Política Nacional de Humanização (PNH)**. Cartilhas da PNH. Disponível em: <[www.redehumanizaus.net](http://www.redehumanizaus.net)>. Acesso em: 15 Mai. 2009.

CAMPOS, Gastão Wagner e Sousa; GUERREIRO, André Vinicius Pires (Orgs). **Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Editora HUCITEC, 2008.

CAMPOS, Rosana Onocko; FURTADO, Juarez Pereira; PASSOS, Eduardo; BENEVIDES, Regina (Orgs). **Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos da narratividade**. São Paulo: Editora HUCITEC, 2008.

CARVALHO, Alexandre Magno Teixeira de; AMARANTE, Paulo. **Forças, diferenças e loucura: pensando para além do princípio da clínica**. Rio de Janeiro, 2000.

DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M.I. **Diretrizes e estratégias da Rede IDA**. Boletim Informativo Rede IDA, v.9, n.7, 1992, p. 6-7.

FLETCHER, Robert H.; FLETCHER, Suzanne W. **Epidemiologia Clínica: elementos essenciais**. 4ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2006.

HARZHEIM, E. **Texto de referencia de atenção primária em saúde (APS) no ciclo de debates sobre redes regionalizadas de atenção à saúde: desafios do SUS**. Brasília – DF, 10 de março de 2009.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, Saúde e Doença**. 4ª edição. São Paulo: Artmed, 2003.

HULLEY, Stephen (et al). **Delineando a Pesquisa Clínica:** uma abordagem epidemiológica. 3ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2008.

MELMAN, Jonas. **Família e Doença Mental:** Repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. 2ª ed. São Paulo: Escrituras Editora, 2006.

## **ANEXO A - ROTEIRO GRUPO FOCAL**

### **1. Concepção de sofrimento psíquico**

- O que é, na concepção de vocês, sofrimento psíquico?
- Como vocês identificam que uma pessoa está em sofrimento psíquico?
- Como acham que os profissionais que trabalham na ESF vêem o sofrimento psíquico?

### **2. Acolhimento e tratamento das pessoas em sofrimento psíquico**

- Qual o acolhimento adequado para uma pessoa em sofrimento psíquico?
- Como deve ser o tratamento de uma pessoa em sofrimento psíquico?
- Como os profissionais que trabalham na ESF podem atender uma pessoa em sofrimento psíquico?
- Como se faz prevenção do sofrimento psíquico?
- Quais são os encaminhamentos que devem ser dados a pessoa em sofrimento psíquico?
- Como é a abordagem familiar na unidade de saúde quando tem uma pessoa/membro em sofrimento psíquico?

### **3. Quem pode atender as pessoas em sofrimento psíquico?**

- Quais habilidades/formação consideram fundamentais para o atendimento de pessoas em sofrimento psíquico?
- Quais os profissionais da sua equipe de trabalho podem e/ou atendem o usuário em sofrimento psíquico? Por quê?
- Como se pode capacitar alguém no atendimento de pessoas em sofrimento psíquico?
- Há especificidades no atendimento das pessoas em sofrimento psíquico na ESF? Quais?

**ANEXO B - PERFIL DOS “EXPERTS” DO DELPHI PARA VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO**

Grupo de participantes	“Afetados” Profissionais da Atenção Primária à Saúde	“Experts” Especialistas em Saúde Mental	“Facilitadores” Conselhos e Sociedades, Coordenadores, gestores municipais, estaduais e federal.
Critérios essenciais de inclusão	Mínimo de três (03) anos de experiência na Estratégia Saúde da Família (ESF).	Profissionais com mínimo de três (03) anos de experiência de trabalho em saúde mental. Docente nas graduações de: psicologia, medicina, terapia ocupacional, enfermagem <b>ou</b> preceptores das residências em medicina comunitária e saúde mental coletiva <b>ou</b> pesquisadores com no mínimo duas (2) publicações de artigos nas áreas da SM e/ou APS.	Profissionais com curso superior e mínimo de três (03) anos de experiência nas políticas de saúde mental.
Total de 36 participantes convidados	16 participantes	10 participantes	10 participantes

## ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO I



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

A Pesquisa “O ACOLHIMENTO AO USUÁRIO EM SOFRIMENTO PSÍQUICO NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA”.

Pesquisadora Responsável: **Carolina Santos da Silva**, aluna do Curso de Pós-graduação Mestrado Profissional em Epidemiologia: Gestão de Tecnologias em Saúde na Linha de Pesquisa de Atenção Primária à Saúde.

Professora Orientadora: **Dra.Daniela Riva Knauth**

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFRGS

Aceito participar do grupo focal cujo roteiro versa sob: concepção de sofrimento psíquico; acolhimento e tratamento das pessoas em sofrimento psíquico; profissionais que atendem as pessoas em sofrimento psíquico. O objetivo principal é: Identificar questões para compor o questionário que, posteriormente, passará pelo estudo Delphi com intenção de validação e aplicação nos profissionais da Equipes de Saúde da Família.

Está claro que tenho total liberdade de recusar a participar ou retirar meu consentimento em qualquer momento da pesquisa, sem danos pessoais. Não haverá qualquer despesa material ou prejuízo. Em qualquer momento da pesquisa posso entrar em contato com a pesquisadora para esclarecer dúvidas e obter informações pelo telefone: (54) 99839061 ou através do e-mail: carolina@pmpf.rs.gov.br

Nestes termos e considerando-me livre e esclarecido, consinto em participar da pesquisa proposta, resguardando à autora do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados, garantido, igualmente, o anonimato.

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento Informado.

Porto Alegre, 12 de julho de 2009.

Nome do participante e assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura da Aluna Pesquisadora: \_\_\_\_\_

## ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO II



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

A Pesquisa “O ACOLHIMENTO AO USUÁRIO EM SOFRIMENTO PSÍQUICO NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA”.

Pesquisadora Responsável: **Carolina Santos da Silva**, aluna do Curso de Pós-graduação Mestrado Profissional em Epidemiologia: Gestão de Tecnologias em Saúde na Linha de Pesquisa de Atenção Primária à Saúde.

Professora Orientadora: **Dra.Daniela Riva Knauth**

Você participará de uma entrevista cujo principal objetivo é: Identificar as perspectivas dos profissionais da ESF no acolhimento dos usuários em sofrimento psíquico.

Para isso você preencherá um instrumento com questões norteadoras.

Você tem total liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento em qualquer momento da pesquisa, sem danos pessoais. Não haverá qualquer despesa material ou prejuízo. Em qualquer momento da pesquisa você poderá entrar em contato com a pesquisadora para esclarecer dúvidas e obter informações pelos telefones: (54) 99839061.

As informações coletadas serão tratadas com sigilo sendo que a sua identidade será preservada e será de conhecimento exclusivo para estudo. Se houver qualquer dúvida, você poderá solicitar esclarecimentos.

Nestes termos e considerando-me livre e esclarecido, consinto em participar da pesquisa proposta, resguardando à autora do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados, garantido, outrossim, o anonimato.

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento Informado.

Dessa forma agradeço a sua colaboração e solicito vossa autorização.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2009

\_\_\_\_\_  
Carolina Santos da Silva - Pesquisadora – Fone: (54) 9983- 9061

Nome do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## ANEXO B – APROVAÇÃO PELO COMITÊ DA ÉTICA E PESQUISA



O DO RIO GRANDE DO SUL

SECRETARIA DA SAÚDE

### COMITÊ DE ÉTICA NA PESQUISA EM SAÚDE ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA

#### PARECER DE APROVAÇÃO

Data da aprovação: 15/06/2009

Protocolo CEPS-ESP n.º 482/09

Projeto: "O Acolhimento ao Usuário em Sofrimento Patológico na Perspectiva dos Profissionais da Estratégia de Saúde da Família".

Pesquisador(a) Responsável: Carolina Santos da Silva

Orientador (a): Dra. Daniela Riva Knauth

Este projeto está de acordo com as normas éticas e metodológicas do Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde da Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul e conforme a Resolução CNS n.º 196/96.

Nara Regina Moura de Castilhos  
Coordenadora do Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde  
Escola de Saúde Pública/SES/RS



Governo do Estado da Bahia  
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

Ofício nº. 028/2010  
Refer: devolução do Projeto

Salvador, 14 de maio de 2010.

Prazada Daniela Riva Kevin Knauth

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da SESAB após apreciação quanto à dimensão ética do Projeto "O Acolhimento ao Usuário em Sofrimento Psíquico na Perspectiva dos Profissionais da Estratégia de Saúde da Família" oficializa que a proposta foi aprovada, considerando que todas as etapas do projeto foram atendidas de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa.

Lembramos a importância de enviar os resultados da pesquisa na fase de conclusão ou comunicar se ocorreu interrupção do estudo ao nosso comitê de ética.

Cordias Saudações,

**ELEONORA LIMA P. GUIMARÃES**

Coordenadora do CEP-SESAB

EEESP - Escola Estadual de Saúde Pública  
Rua Conselheiro Pedro Luís, Nº 171 - Rio Vermelho  
Tel: (71) 34165316



## ANEXO D – DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DELPHI

Distribuição dos Participantes Delphi

