

**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

**S586s** Silva, Carolina Santos da

A saúde mental na perspectiva da atenção primária à saúde / Carolina Santos da Silva ; orient. Daniela Riva Knauth. – 2010.  
104 f. : il. color.

*Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Porto Alegre, BR-RS, 2010.*

1. Atenção primária à saúde 2. Saúde mental 3. Estresse psicológico 4. Determinação de necessidades de cuidados de saúde 5. Estudos de validação I. Knauth, Daniela Riva II. Título.

NLM: WA 305

Catálogo Biblioteca FAMED/HCPA

## **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 ãme deixarö 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 õestadasö; 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 Heinzmann 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 *õexpertsö*, 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 *õcompraramö* esta idéia, e se doaram por *õalguns mesesö* 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 .....	11
2. INTRODUÇÃO .....	12
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	14
3.1. Sistema Único de Saúde e atenção primária à Saúde.....	14
3.2 Da loucura à criação da Política Nacional de Saúde Mental.....	15
3.3 Avaliações em serviços de Saúde Mental .....	19
3.4 O Estudo Delphi.....	22
4. OBJETIVOS.....	25
4.1. Objetivo Geral.....	25
4.2 Objetivos Específicos.....	25
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	26
6. ARTIGO 1 .....	29
7. ARTIGO 2.....	50
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	79
ANEXO A ó PROJETO DE PESQUISA .....	80
ANEXO B ó APROVAÇÃO PELO COMITÊ DA ÉTICA E PESQUISA.....	102
ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	104
ANEXO D ó DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DEPLHI .....	105



## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

AB ó Atençaõ Básica

ACS ó Agentes Comunitários de Saúde

AMQ ó Avaliação para Melhoria da Qualidade

APS ó Atençaõ Primária  Saúde

CAPS ó Centro de Atençaõ Psicossocial

CID10 ó Classificação Internacional de Doenças

DAB ó Departamento de Atençaõ Básica

DMS IV ó Diagnostic and Statistical Manual

EPS ó Educação Permanente em Saúde

ESF ó Estratégia Saúde da Família

ESP ó Escola de Saúde Pública

FHS ó Family Health Strategy

GM ó Gabinete Ministerial

MS ó Ministério da Saúde

NASF ó Núcleo de Apoio  Saúde da Família

OMS ó Organização Mundial de Saúde

PCATool ó Primary Care Assessment Tool

PHC ó Primary Health Care

PNAB ó Política Nacional de Atençaõ Básica

PNSM ó Política Nacional de Saúde Mental

PSF ó Programa de Saúde da Família

RS ó Rio Grande do Sul

Satis-BR ó Escala Brasileira de Satisfação dos Familiares com os Serviços de Saúde Mental

SM ó Saúde Mental

SMS ó Secretaria Municipal de Saúde

SUS ó Sistema nico de Saúde

TCLE ó Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFRGS ó Universidade Federal do Rio Grande do Sul

WHOQOL ó 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 1990s, 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 ó professionals of the primary care, experts and managers in mental health ó 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 ó 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, oretaguardaõ 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 ó 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 juizes 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 ó 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=2008abr30&idtxt=33929](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?acesso=2008abr30&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 Equilibrada: 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.

## **6. ARTIGO 1**

### **O ACOLHIMENTO AO USUÁRIO EM SOFRIMENTO PSÍQUICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE MENTAL<sup>6</sup>**

**Carolina Santos da Silva**  
Mestranda em Epidemiologia / UFRGS

**Daniela Riva Knauth**  
Doutora em Antropologia Social, EHESS, Paris  
Professora UFRGS

#### **Instituição**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul . UFRGS  
Rua Ramiro Barcelos, 2400 . 2º andar Cep: 90035-003 - Porto Alegre/RS  
Telefone: (51) 3308-5620 - E-mail: ppgepid@ufrgs.br

#### **Endereço para correspondência:**

Rua Silva Jardim, 68A ap. 206 Centro  
Passo Fundo / RS  
CEP. 99010-240

**Artigo a ser submetido Revista Interface É Comunicação, Saúde,  
Educação.**

---

<sup>6</sup> Este artigo é parte do estudo da Dissertação de Mestrado Profissional em Epidemiologia: Gestão de Tecnologias ênfase em Atenção Primária à Saúde. Foi aprovado pelo comitê de ética da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP RS) sob número de protocolo 492/09. Neste estudo não há conflito de interesse.

**Resumo:** A Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), que redefine o modelo centrado na referência hospitalar para um modelo de atenção diversificada, de base territorial comunitária, implica no fortalecimento do papel da atenção primária à saúde no acolhimento à saúde mental. O presente artigo se propõe a identificar, a partir da perspectiva dos profissionais da saúde mental, o significado da categoria sofrimento psíquico e as principais dificuldades enfrentadas pelos profissionais que atuam na atenção primária à saúde no que concerne o atendimento ao usuário em sofrimento psíquico. A metodologia utilizada é de cunho qualitativo e os dados foram coletados através de grupo focal com ~~experts~~ na área da saúde mental. O sofrimento psíquico é percebido pelos profissionais da área da saúde mental como inerente à condição humana, mas que pode evoluir para a categoria de doença mental. O papel da atenção primária à saúde se coloca, precisamente, no sentido de evitar este agravamento. O acolhimento é, desta forma, como a principal estratégia que deve ser acionada pela atenção primária frente ao usuário em sofrimento psíquico. E na visão dos profissionais de saúde mental não há um padrão de tratamento visto que este sempre é definido individualmente.

**Palavras-chaves:** atenção primária à saúde, sofrimento psíquico, saúde mental, profissionais da saúde.

**Abstract:** The National Policy of Mental Health, which redefines the hospital centered model into a diversified attention model, a territory and community based proposal, implies the strengthening of the primary health care role welcoming mental health. The present article's purpose is to identify, by the mental health professionals' perspective, the meaning of the category psychic suffering and the main difficulties faced by the professionals who work on the primary health care concerning the serviced offered to the psychic suffering user. The methodology used is qualitative and the data were collected through focal group with experts in mental health. The psychic suffering is noticed by mental health professionals as inherent to human condition, but it can evolve to mental illness category. The primary health

care role is, precisely, to avoid this aggravation. Therefore, the welcoming is the main strategy that should be used by the primary care facing the user in psychic suffering. And, despite the professionals demand, in the mental health professional's view there is no treatment pattern, since it is always individually predefined.

**Keywords:** primary health care, psychic suffering, mental health, health professionals.

## **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 (Foucault, 1995; Castel, 1978; Goffman, 2001; Birman, 1978, 1994; Amarante, 1995, 1996). 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>7</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). Apesar dos aspectos sociais serem referidos, estes são considerados de forma suplementar, sem implicações sobre o trabalho terapêutico.

O estado do Rio Grande do Sul foi pioneiro no Brasil em termos da desinstitucionalização da doença mental. Em agosto de 1992 aprovou a Lei nº. 9.716, 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. Esta mesma lei determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias. (Brasil, Ministério da Saúde, 2004a, p. 63).

Seguindo a lógica da descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS), foi sendo estimulada a constituição de redes de atenção psicossocial, substitutivas ao modelo centrado na referência hospitalar. Este novo modelo prevê a criação de serviços de atenção diária de base municipal diretamente vinculados à rede de atenção primária à saúde.

A especificidade dos conhecimentos e das práticas profissionais dá lugar à elaboração de propostas construídas no cotidiano dos serviços de saúde entre profissionais e usuários, familiares e comunidade. É dentro

---

<sup>7</sup> Eixo I - Transtornos psiquiátricos gerais. Eixo II - Condições de desenvolvimento; Eixo III - Condições físicas concomitantes; Eixo IV - Situações psicossociais anormais (educação,

dessa perspectiva que surge a proposta da reabilitação psicossocial<sup>8</sup> e consequentemente os Centros de Atenção Psicossocial<sup>9</sup>(CAPS).

Os CAPS são serviços especializados em atendimento aos usuários em sofrimento psíquico, cujo maior objetivo é evitar as internações psiquiátricas e realizar a reabilitação psicossocial. Estes serviços compõem a rede substitutiva aos hospitais psiquiátricos e são classificados de acordo com o nível de atenção, população de referência e demanda. Os CAPS deverão ser ~~met~~etaguadas+na atenção em saúde mental para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), bem como às equipes de saúde da família.

A Política Nacional de Saúde Mental propõe as práticas de acolhimento na atenção básica à saúde da família como substitutivas ao modelo tradicional. Recoloca, desta forma, a família no centro do acolhimento do sofrimento psíquico visto que estas, em parte, pela exclusão a que seus membros foram submetidos, tinham no modelo tradicional pouco envolvimento e apoio no processo de cuidado de seus familiares.

O acolhimento é uma tecnologia relacional que favorece o acesso do usuário em sofrimento psíquico ao serviço de saúde na atenção primária e possibilita a humanização do atendimento (Silveira, Vieira, 2009). A concepção de acolhimento utilizada no estudo vai além da existência de um espaço físico apropriado e ação de triagem para recepção nos serviços de saúde, pois está vinculada à proposta da Política Nacional de Humanização (PNH) que preconiza o comprometimento, a responsabilização e a produção de vínculo (BRASIL, 2010).

---

emprego...); Eixo V - (incapacitações em autocuidado, no trabalho, nas relações com a família, nas relações sociais em geral.

<sup>8</sup> Para a OMS (2001) a reabilitação psicossocial consiste numa estratégia de aquisição ou de recuperação de aptidões importantes para a reinserção social.

<sup>9</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 desintoxicação.

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 menos grave para a atenção especializada. Pode-se dizer que 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 desospitalização psiquiátrica. De acordo com o Ministério da Saúde, as queixas psíquicas são a segunda causa mais freqüente de procura por atendimento na Atenção Básica (AB)<sup>10</sup>.

Contudo, apesar da proposta da Política Nacional de Saúde Mental, sabe-se que a concepção %medicalizada+ do sofrimento psíquico e de seu tratamento ainda é presente entre grande parte dos profissionais da saúde, o que sem dúvidas gera dificuldades na implementação da política. É neste sentido que o presente artigo se propõe a identificar, a partir da perspectiva dos profissionais da saúde mental, quais são as principais dificuldades enfrentadas pelos profissionais que atuam na atenção primária à saúde (APS) no que concerne o atendimento ao usuário em sofrimento psíquico.

## **Metodologia**

A fim de identificar o significado da categoria sofrimento psíquico e as dificuldades enfrentadas pelos profissionais da atenção primária à saúde (APS) no acolhimento desta demanda junto à rede de saúde, foi realizado

---

<sup>10</sup> Segundo estimativas internacionais e do Ministério da Saúde, 3% da população (5 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).

um grupo focal com especialistas na área da saúde mental. Participaram do grupo focal 14 profissionais da saúde mental com formação e prática na atenção psicossocial, sendo sete profissionais de municípios do interior do Rio Grande do Sul e sete profissionais com atuação na capital . Porto Alegre, entre eles: nove psicólogos, dois terapeutas ocupacionais, dois enfermeiros e um psicanalista. O tempo de experiência de trabalho do grupo variou entre quatro e vinte e cinco anos na área. O encontro deste grupo foi possibilitado pela realização do Congresso Internacional Saúde Mental e Reabilitação Psicossocial, em Porto Alegre, no período que estava previsto o grupo focal.

O grupo focal foi conduzido por uma pesquisadora mediadora e uma pesquisadora observadora e teve duração de aproximadamente duas horas. A discussão foi gravada e posteriormente transcrita. Os dados foram sistematizados nas categorias pré-definidas pelo roteiro de entrevista.

## **Resultados e discussões**

Os dados provenientes do grupo focal foram analisados a partir de três categorias: 1) Concepção de sofrimento psíquico; 2) O acolhimento ao sofrimento psíquico na Atenção Primária à Saúde: limites e potencialidades; 3) Tratamento e Prevenção do sofrimento psíquico na Atenção Primária à Saúde.

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

Os participantes do grupo focal como um todo entendem o sofrimento psíquico como um fenômeno que não pode ser mensurado e o qual todos estão pré-dispostos. Nesta concepção não há a possibilidade de separação entre físico e mental visto que, como indica a expressão bastante utilizada pelos participantes, todo sofrimento é psíquico! O sofrimento físico é, ao

mesmo tempo, sofrimento psíquico e também uma forma de expressão desse último, como indica a fala abaixo:

*Então podemos ver que enquanto as pessoas ficam na rede básica falando de suas dores físicas estão tentando falar do sofrimento psíquico, mas não conseguem visualizar isso, isso fica perdido, não aparece, acho que a gente tem que pensar sobre isso, sobre esse conceito de saúde.*

O sofrimento é percebido como inerente ao ser humano e como sendo potencializador de mudanças. Neste sentido, o sofrimento é positivado visto que tem a capacidade de provocar mudanças na subjetividade e na vida de seus portadores. Isto não significa, entretanto, que o portador de sofrimento psíquico, ou alguns deles, não necessitem de auxílio para superar este momento. Estabelece-se assim, uma classificação de grau do sofrimento que vai deste sofrimento que é inerente ao ser humano ao sofrimento que pode ser classificado como doença mental, como explicita um dos participantes do grupo focal:

*Tem um tipo de sofrimento que vai para além deste sofrimento, que é o chamado %doença mental+na classificação tradicional. Este tipo de sofrimento %doença mental+ vai para além de a pessoa conseguir pedir ajuda ou se ajudar, ela precisa de uma intervenção. Dejours fala sobre a %normalidade sofrente+ capacidade de superar ou não buscar novas possibilidades.*

Contudo, a caracterização do grau do sofrimento psíquico não é uma atribuição apenas do profissional. Na visão dos profissionais que participaram do grupo focal, a gravidade do sofrimento psíquico deve ser definida, prioritariamente, pelo próprio indivíduo, uma vez que depende de um conjunto de disposições internas e externas. Da mesma forma, a intervenção profissional deve responder a uma demanda do indivíduo, salvo em algumas situações tidas como extremas, como a de risco de suicídio. A fala de um dos participantes do grupo focal evidencia esta concepção:

*(...) é que esse limite num primeiro momento é do sujeito que está em sofrimento, que é ele que vai ter que definir, pode ser um sofrimento grande, mas se ele não estiver com uma capacidade mínima disposta, enfim de falar sobre aquilo ou pedir ajuda sobre, não vai adiantar, acho que esse limite em relação ao cuidado que*

*podemos dar ao outro é dado pelo outro, pelo que sofre. É claro que em algumas situações são discutíveis isso, por exemplo, o direito de alguém tirar sua própria vida enfim, algumas coisas mais radicais assim nesse sentido de um limite de vida, não sei sobre isso, mas me ocorreu que esse limite da graduação no cuidado que fazemos na atenção básica é dado pelo sujeito mesmo, é ele que define isso, o trabalho que podemos fazer parte desse limite que está dado, de poder acessar isso.*

O sofrimento é percebido como uma condição humana de normalidade, que faz parte da vida e inclusive pode estar relacionado à transformação, criatividade e crescimento pessoal ou que em um grau mais intenso pode trazer um agravo à saúde mental. O sofrimento psíquico profundo é a chamada doença mental, que pode ser categorizado por classificações biomédicas, como indica a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (também conhecida como Classificação Internacional de Doenças . CID 10). Entretanto, de acordo com os participantes do grupo focal, o limite entre a normalidade e a doença é dado pelo próprio indivíduo sofredor.

E justamente esta gradação entre sofrimento, como parte da condição humana, e a doença mental que é identificado como o grande nó no acolhimento das Equipes de Saúde da Família ao usuário em sofrimento psíquico.

E embora a ajuda profissional deva se apresentar em função da demanda do indivíduo sofredor, na perspectiva dos participantes do grupo focal a função principal da Atenção Primária à Saúde (APS) no acolhimento ao usuário em sofrimento psíquico é a de evitar o agravamento deste. A fala abaixo evidencia esta perspectiva:

*Ele ainda está em sofrimento psíquico, que às vezes está com uma demanda que é menos intensa, que enquanto espaço da organização da saúde poderia evitar que esse sofrimento gere transtorno que é justamente isso que não estamos conseguindo. Então acho que devemos pensar esse sofrimento psíquico enquanto uma coisa que é da condição humana e que em alguns momentos se intensifica e que esse espaço da atenção básica seria esse espaço de poder estar acolhendo e auxiliando, potencializando essa pessoa para o crescimento, superação. Mas que aí é a dificuldade mesmo de lidar com a questão do sofrimento da psique.*

Contudo, como indica o relato acima, esta função não está sendo cumprida de forma adequada. Esta dificuldade em ouvir o usuário e superar o monopólio do diagnóstico, rompendo com a tradicional relação de poder entre profissional e usuário conforme colocam Gomes e Pinheiro (2005).

## **2. O acolhimento ao sofrimento psíquico na Atenção Primária à Saúde: limites e potencialidades**

A atenção primária à saúde é reconhecida de forma unânime entre os participantes como o locus privilegiado de acolhimento do sofrimento psíquico seja em razão de ser o primeiro local onde este se manifesta, seja em função da proximidade do serviço da comunidade. O grande problema identificado pelos *experts* neste acolhimento é de que, muitas vezes, o sofrimento psíquico não se apresenta de forma direta, mas aparece através de queixas físicas ou então, quando se manifesta através de reações tais como o choro, produz a mobilização da equipe de saúde. As falas abaixo evidenciam esta percepção:

*Quantas vezes a gente ouve na triagem, uma pessoa que diz que esta com dor na perna: a postura pode ser marcar na agenda pro médico, outra é de ver de onde vem essa dor, um pouco da história dele, contextualizar, daqui a pouco não é a dor na perna. Na sala com o médico a postura é outra, é muito de como eu acolho.*

*Eu estive na atenção básica, onde quaisquer situações que a pessoa começasse a chorar os profissionais não se preocupavam muito: não isso não é pra mim, é para o psicólogo. Daí a gente tem todo esse trabalho com os colegas de equipe. Não, mas, aí tem que trabalhar pra escutar esse sofrimento. Esse limite, qual é o menor ou o maior é a pessoa que vai me dar. Nessa questão da saúde mental a gente faz grupos de acolhimento.*

A capacidade de escuta dos profissionais da APS parece ser, dessa forma, o principal entrave ao acolhimento do usuário em sofrimento psíquico. Esta limitação é atribuída pelos participantes do grupo focal por um lado, à

identificação dos profissionais da saúde com o sofrimento do usuário e, por outro, à falta de capacitação destes profissionais em saúde mental, como indicam os depoimentos a seguir:

*Eu fiquei pensando porque o profissional não consegue fazer essa escuta. É justamente por essa condição humana que as pessoas se identificam com o sofrimento do outro e que não consegue lidar, ouvir, e a mesma lógica do manicômio, não quero louco na rua porque vou me identificar com isso.*

*Como os profissionais da saúde da família, eles vão atender nas concepções de saúde que eles têm. Infelizmente todos somos formados na lógica disciplinar, essa é a base da história da loucura, surge um indivíduo e o sujeito sumiu, tanto no indivíduo quanto na equipe é aquele profissional que se não refletir constantemente a gente não consegue desmanchar essa subjetivação nessa lógica decorrente.*

Cabe destacar que quando se referem à falta de capacitação em saúde mental dos profissionais da atenção primária à saúde, os participantes do grupo focal não se referem a uma especialização específica na área, mas a elementos básicos do processo de formação que habilitem estes profissionais a fornecer um acolhimento e escuta inicial para o problema. Não descartam a necessidade de apoio especializado às equipes no processo de acolhimento e tratamento da doença mental, como expressa um dos participantes do grupo focal:

*Outra coisa é o paciente que chega ~~loquiando~~ no posto, que fica sem tomar remédio sem atendimento, ou sei lá, paciente grave. Então eu acho que essas questões que amedronta. Como vão receber esse tipo de paciente, doente mental, que causa medo. Acho que essas questões que vocês trouxeram mesmo de precisar apoio. Eu acho que o outro é o que chega no sofrimento que tu pode conversar e ver a rede de sofrimentos, que tu consegue até certo ponto dar conta e o outro ponto precisa de ajuda de profissionais para poder ajudar.*



E embora os participantes do grupo focal identifiquem limites no acolhimento do sofrimento psíquico por parte dos profissionais da rede básica de saúde, salientam também um conjunto de elementos que potencialmente favorecem este acolhimento. Um dos pontos positivos decorre juntamente desta não especialização na área da saúde mental, possibilitando ao profissional da APS qualificar o acolhimento sem um diagnóstico previamente formatado. Outro fator destacado é o vínculo que o serviço tem com a comunidade que possibilita a contextualização social e cultural do sofrimento, como indica a fala abaixo:

*Acho que os profissionais do PSF têm uma escuta muito interessante, e não tem esse viés do psíquico e podem levar esse sofrimento para uma outra via que talvez em algum momento sejam mais fácil pra essas pessoas poderem lidar com isso. Mas eu fiquei pensando muito a questão da nossa escuta pela via do %psi+ já leva a uma questão de conceituação do diagnóstico, e que o enfermeiro, o médico, o líder comunitário, tem uma escuta dessa comunidade diferente, que é do próprio sofrimento da comunidade e não leva pra essa questão: é depressão. É uma questão que está na rua, mas acho que coisas mais sérias: esquizofrenia, que a gente já pensaria numa psicose, mas que às vezes isso não bate tanto no ouvido na escuta desses profissionais assim, isso é interessante (...).*

A presença do Agente Comunitário de Saúde, profissional exclusivo da Atenção Primária à Saúde, é também considerado como um elemento positivo no acolhimento do sofrimento psíquico. Este profissional é visto como um elo importante do processo na medida em tendem a estabelecer uma maior interlocução com os usuários, como indica Lancetti (2008). Este profissional pode ser um agente facilitador no acolhimento ao usuário em sofrimento psíquico, pois possui uma %escuta diferenciada%. Contudo, os participantes do grupo focal consideram que o agente comunitário de saúde, bem como os técnicos de enfermagem, é pouco valorizado dentro das equipes e enfrentam uma constante disputa com as demais categorias profissionais.

*Eu fiquei pensando, tentando focar para as situações de equipes, muitas vezes e aí essas escutas de modelo, tem os profissionais técnicos de enfermagem, agente comunitário que tem um cuidado muito singular a produção de vida dos sujeitos, mas por essa disputa se desautorizam do cuidado, mas acho que é um movimento de conversas dessas rodas de serviço às vezes de fazer esse movimento de que essas pessoas estão fazendo no território, por outra via que não passa por essa via de modelo médico centrado, modelo diagnóstico, do programa de saúde, dos dados de cadastro, e que produz vida, sentido.*

Assim, a vantagem da composição interdisciplinar das equipes da atenção primária a saúde acaba sendo, concretamente, pouco aproveitada no acolhimento ao usuário em sofrimento psíquico. E, embora segundo os participantes do grupo focal o trabalho em equipe facilite a abordagem ao sofrimento psíquico, o apoio interno e apoio externo é também fundamental.

*Os PSF tinham medo de identificar (fazer o quê?) esse doente em sofrimento psíquico grave. Quando eles perceberam que tinha uma retaguarda que poderia ligar qualquer horário, que poderíamos pensar junto com eles, o pessoal começou, todo, a se apropriar de sua população. Vejo assim que tem um estigma, medo do atendimento, mas tem muitas unidades que acolhem muito bem, que enxergam a rede, apoiam os familiares, vejo assim eu a gente fazia capacitação mensal a própria rede pedia os temas necessários, isso foi desmistificando o sofrimento psíquico, a gente começou a ver quem atender, que sofrimento psíquico é esse.*

A abordagem ao sofrimento psíquico é percebida, desta forma, como uma questão que deve ser tratada pela equipe como um todo, evitando, por um lado, o sofrimento gerado pelo atendimento individual e, por outro, o estigma deste próprio atendimento, como indicam as falas abaixo:

*Então que esse coletivo conversa num coletivo fica mais suportável que a experiência solitária, mas o sofrimento por mais que mude de endereço, se a gente vai conversar se vão ouvir as histórias é no fundo, no fundo, tu tens umas necessidades, mas tem um comum muito presente, isso, de que como lidar com esse sofrimento, trabalhar isso com a relação com o outro, equipes e serviços, me fez pensar numa experiência que num espaço coletivo possa tornar isso mais suportável, mais suportável mesmo, menos sofrida.*

*Que essa questão do coletivo se a gente for pensar saúde mental, atenção básica é a lógica, justamente por isso da nossa formação de herança científica do individualismo. O quanto que ser diferente na própria equipe é sofrimento pro próprio trabalhador, porque daí: ah tu que gosta dos louquinhos. Aí ficam te dizendo: ah tu que gosta dos bêbados. E aí quanto essa pessoa que gosta de tratar do doente mental se sente diferente nessa equipe, e aí quando a gente tem um espaço onde consegue dividir, a co-responsabilidade se torna um espaço potente de cuidado porque é um espaço coletivo.*

A possibilidade do acolhimento do sofrimento psíquico na atenção primária a saúde se dá pela inserção deste sofrimento em um coletivo, seja este o coletivo da própria equipe, seja este o coletivo dado pela comunidade.

### **3. Tratamento e Prevenção do sofrimento psíquico na APS**

Quando questionados sobre qual seria o acolhimento ideal a ser dispensado ao usuário em sofrimento psíquico pelos profissionais da atenção primária à saúde, os participantes do grupo não conseguem identificar um ~~padrão~~ padrão ouro+.

As soluções práticas que temos conhecido ultimamente para a questão do acolhimento em unidades de PSF, tendem a concebê-la como uma atividade particularizada, que realizaria a combinação dos serviços de saúde (recepção, triagem, acesso). Em muitos casos, tende a sofrer uma série de deslocamentos (acesso, porta-de-entrada, pronto-atendimento), que vão até o limite de esvaziá-lo de significado próprio, sendo apenas um nome novo para uma ~~velha~~ atividade (em geral, algum tipo de pronto-atendimento). Teixeira, 2003.

A definição deste ideal se dá pela contraposição às práticas consideradas como negativas e que não deveriam acontecer no acolhimento da rede básica. Dentre estas práticas negativas é destacada a realização de triagem ao invés de acolhimento. O acolhimento, por sua vez, deve-se dar

na medida das possibilidades e contemplar uma visão mais ampla que inclui o território e a família. A fala abaixo evidencia esta perspectiva:

*Esse acolhimento que todos vocês trazem, eu tava pensando se tem um ótimo e um mínimo. Eu acho que tem um mínimo possível, naquele momento, e acho que vai de fato do que pode ser feito, pode ser ampliado. E aí, eu pensei também nos acolhimentos que fazemos na atenção básica e nos tratamentos, uma coisa não está desligada da outra, o acolhimento já é um tratamento, uma forma de ir trabalhando a questão do território o quanto podemos nos apropriar dele, o quanto pode ser potencializador pra isso. Aí vem uma família, uma rede toda mais extensa, vem todas as trocas que esse sujeito faz, quantas vezes precisamos conectar com pessoas para fazer esse acolhimento, vem um familiar em profundo sofrimento.*

Na visão dos especialistas, todos os profissionais podem e devem atender pessoas em sofrimento psíquico, todavia com possibilidades de dividir e compartilhar com os demais membros da equipe. Os profissionais que trabalham em equipe têm maior confiança potencializando o acolhimento. Nery (2006) realizou um estudo com três equipes de saúde da família do município de Londrina, onde um dos resultados da sua discussão foi que o trabalho em equipe considerado como um processo que está em construção, demandando novas práticas em saúde, visando superar a fragmentação no cotidiano do trabalho.

A habilidade considerada pelo grupo como fundamental é uma escuta qualificada, que permita a co-responsabilização com a necessidade do usuário. O acolhimento não se dá só num encontro e às vezes pode haver vários encontros sem acolhimento. O acolhimento é percebido já como uma forma de tratamento do sofrimento psíquico. Pinheiro (2002) fala que podemos reconhecer, nas estratégias de melhoria de acesso e desenvolvimento de práticas integrais, o acolhimento, o vínculo e a responsabilização como práticas integrais.

A partir de uma crítica à visão biomédica da doença mental que a reduz a um conjunto de sintomas, os participantes do grupo focal

consideram como tratamento as intervenções que potencializam mudanças, que produzem vida. Neste sentido, a abordagem do sofrimento psíquico na atenção primária à saúde se apresenta como alternativa ao tratamento padrão, fragmentado, dispensado nos serviços terciários especializados. A fala de um dos participantes ilustra esta concepção:

*Precisamos pensar que tratamento é esse? Ele produz, abre possibilidades, potencializa a vida, trabalha as dores, busca outros sentidos? Aí podemos falar de tratamento, mas nem tudo que está colocado como tratamento é tratamento. Tem coisas que produzem morte, produzem morte social, dor, que produzem, por exemplo, a questão de a gente atender, a demanda pela demanda, sintoma por sintoma, está triste te dou um remédio, tu vem com uma intensidade de sofrimento vai pro hospital psiquiátrico, podemos estar falando de tratamentos que não potencializam a vida, só quis ponderar essa questão. É preciso trazer quando tratamos de tratamentos.*

O acolhimento na atenção primária evita o agravamento deste sofrimento, que poderia chegar ao diagnóstico biomédico. Não há na perspectiva dos participantes do grupo focal, um padrão de tratamento, visto que este deve ser determinado, em conjunto com usuário, em função das especificidades de cada situação.

*Não tem modelo pronto, isso nos angustia, toda pessoa que chega tem que construir com ela. Isso causa uma angústia em qualquer serviço, porque andamos numa linha de cuidado que não tem um modelo pronto, não tem como, para ser um acolhimento ideal.*

A inexistência de um tratamento padrão, um protocolo único, é tido como um dos elementos que se por um lado preserva a singularidade do acolhimento, por outro, é fonte de angústia para a equipe de saúde. Desloca-se, desta forma, o conceito de tratamento . muito colado ao modelo biomédico . para a concepção de promoção de saúde. Como destacam Castro et al.

☞ termo "Promoção da Saúde", relacionado com autonomia e emancipação, começou a ser mais e mais utilizado por profissionais da saúde insatisfeitos com as abordagens verticais e

normativas, planejadas e implementadas sem a participação dos diferentes atores envolvidos+(Castro et al 2010, p.19).

A potencialidade do tratamento do sofrimento psíquico na atenção primária reside justamente na sua inserção social, ou seja, no vínculo com a comunidade.

*Tratamento? Talvez a resposta não seja tratamento, mas produção de saúde. Duas coisas na produção de saúde: afeto e criação. (...) e a questão desse tratamento ser na atenção básica, não só, mas enfim, potencializar espaços de cultura, lazer, arte, que eu vejo hoje como a reinvenção do cuidado poder pensar esse espaço de promoção de saúde e movimento social. Que é autonomia, é produzir saúde sair do tratamento pra ir pra comunidade pra vida e produzir saúde.*

O deslocamento do tratamento para a promoção de saúde tem também efeitos sobre a concepção de prevenção. A prevenção é uma categoria que fica sem sentido uma vez que 1) o sofrimento psíquico é entendido como parte da condição humana e portanto, como inevitável e 2) este sofrimento é percebido como potencializador de mudanças. Dessa forma, não se trata de prevenir o sofrimento, mas de evitar seu agravamento e utilizá-lo como mecanismo de promoção de saúde, como evidencia o depoimento abaixo:

*Eu não gosto muito da questão de prevenção em saúde mental eu acho que a gente pode estar trocando por promoção, talvez seja um pouco mais amplo ou possa ser ressignificado. Tem projetos de produção de sujeitos de vida fantásticos que acontecem por ai que podem estar sendo pensados.*

## **Considerações Finais**

Como evidenciam os dados analisados, o sofrimento psíquico é percebido pelos profissionais da área da saúde mental como inerente à condição humana, mas que pode evoluir para a categoria de doença mental. O papel da atenção primária à saúde se coloca, precisamente, no sentido de

evitar este agravamento. Assim, embora o sofrimento em si mesmo não possa e mesmo não deva ser prevenido, pois pode ter um potencial de mudança positiva, sua transformação em transtorno mental pode ser, ao menos em parte dos casos, identificada e prevenida ou ao menos acompanhada. O centro do cuidado deve ser colocado na normalidade e não na loucura e abordar, mais precisamente, o que se define como normalidade sofrente (Dejours, 1992). Tal deslocamento impõe como consequência, uma reviravolta nos pressupostos médico-psiquiátricos ainda bastante vigentes nas ações empreendidas pelos profissionais de saúde.

O acolhimento se coloca desta forma, como a principal estratégia ou tecnologia que deve ser acionada pela atenção primária frente ao usuário em sofrimento psíquico. Segundo uma das traduções de acolhimento é a relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço, como um todo, têm de estabelecer com os diferentes tipos de usuários (Merhy, 1994)

E apesar da demanda dos profissionais, na visão dos profissionais de saúde mental não há um padrão de tratamento visto que este sempre é definido individualmente. O padrão deve ser a aproximação (*Kliné*), o ato de estar perto, fazer junto. Numa Unidade de Saúde como realizar o acolhimento com classificação de risco, tendo em vista que o sofrimento não é doença e a concepção é subjetiva. Como alguém pode conhecer ou mensurar a dor do outro? Quanto umas pessoas se consideram mais doentes do que realmente são? Se o usuário buscou ajuda é porque sente necessidade e é esta perspectiva que deve ser considerada e acolhida. Esta proposta vai na direção contrária da tendência evidenciada no estudo de BRÊDA e AUGUSTO (2001) onde destacam que o tratamento na atenção básica em saúde tem sido bastante medicalizado, hospitalar e fragmentado.

A medicalização do sofrimento e a consequente cronificação do tratamento exigem mais dos profissionais e da gestão em saúde, tornando oneroso para a pessoa e para os cofres públicos. Fortalecer a atenção básica, bem como aumentar a cobertura de unidades de saúde da família, ampliando a estratégia numa lógica de acesso e escuta qualificada refletem positivamente nas demandas das pessoas em sofrimento psíquico. E este é

o principal objetivo da discussão proposta neste estudo: consolidar atenção psicossocial que não está restrita a serviços especializados, mas sim na atenção primária aos usuários em sofrimento psíquico, esta é uma perspectiva dos profissionais que participaram do grupo focal e que podemos extrapolar para nossa realidade Brasil a fora.

## Referencias Bibliográficas

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.

Birman J. **Mal-estar na Atualidade**. A psicanálise e as novas formas de subjetivação. 5ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. . 2. ed. . Brasília: 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. 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>

BRÊDA, M. Z; AUGUSTO, L. G. S. **O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, 2001.

CAMPOS, G. W. **Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas**. Ciência & Saúde Coletiva, 5(2):219-230, 2000

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



CASTRO, A. M. et al. **Curso de extensão para gestores do SUS em promoção à Saúde**. Brasília: CEAD / FB, 2010.

DJOURS, C. **A loucura do trabalho**. 5ª edição. SP: Cortez- Oboré, 1992.

FOUCALT, M. **História da Loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1995.

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

HELMAN, C. G. **Cultura, Saúde e Doença**. 4ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2003.

Lancetti A. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec; 2008

MERHY, E.E. **Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde)**. In: CECÍLIO, L.C.O. (Org.) *Inventando a mudança em saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.

NERY, Sonia Regina. **O Acolhimento no cotidiano dos profissionais das Unidades de Saúde da Família em Londrina-Paraná**. Londrina; 2006.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Psychosocial rehabilitation: a consensus statement**. Genebra, Organização Mundial de Saúde, (documento inédito WHO/MNH/MND/96.2), 1995.

\_\_\_\_\_. **Relatório sobre a saúde no mundo: Saúde mental: nova concepção, nova esperança**, 2001.

PINHEIRO, R. **Práticas de saúde e integralidade: as experiências inovadoras na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários no SUS**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Experiências Inovadoras no SUS: relatos de experiências*. Brasília, 2002.

SILVEIRA, D.P; VIEIRA, A. L. S. **Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1):139-148, 2009

TEIXEIRA, R.R. **O acolhimento num serviço entendido como uma rede de conversações**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003. p.89-111

## **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?

## 7. ARTIGO 2

### A SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM ESTUDO DELPHI

### MENTAL HEALTH IN PRIMARY HEALTH CARE: DELPHI STUDY

**Carolina Santos da Silva**

Mestranda em Epidemiologia / UFRGS

**Daniela Riva Knauth**

Doutora em Antropologia Social, EHESS, Paris  
Professora UFRGS

**Paulo Vinícius Nascimento Fontanive**

Mestre em Epidemiologia / UFRGS  
Doutorando em Epidemiologia / UFRGS

#### **Instituição**

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS**

Rua Ramiro Barcelos, 2400 . 2º andar Cep: 90035-003 - Porto Alegre/RS

Telefone: (51) 3308-5620 - E-mail: ppgepid@ufrgs.br

#### **Endereço para correspondência:**

Rua Silva Jardim, 68A ap. 206 Centro

Passo Fundo / RS

CEP. 99010-240

Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): avaliação dos serviços de saúde e saúde mental

Medical Subject Headings (MeSH): Health Services Evaluation and Mental Health

**OBS. Artigo a ser submetido à Revista Cadernos de Saúde Pública**

**Resumo:** O presente artigo tem por objetivo descrever e analisar os passos utilizados para construção de um instrumento para avaliação da saúde mental na atenção primária. Para a construção do instrumento utilizamos a metodologia delphi que se baseia na idéia do consenso de um determinado grupo a respeito de um fenômeno. O grupo é composto por juizes ou especialistas. Foram selecionados 35 participantes que representavam três grupos: 1) atenção primária, 2) especialistas em saúde mental e 3) gestores. Nas seis rodadas do estudo Delphi foram consensuadas trinta e sete questões (m0,05 variação máxima da amplitude entre duas rodadas) sendo que deste total trinta e duas questões entram no instrumento construído (vinte e nove para resposta em *escala likert* e três para resposta descritiva) e quinze questões foram entendidas como dispensáveis para avaliação da saúde mental na atenção primária. As questões selecionadas pelos juizes para compor o instrumento de avaliação da saúde mental na atenção primária à saúde indicam que para este grupo os principais aspectos a serem abordados no instrumento são: concepção sobre sofrimento psíquico, acolhimento nas equipes de saúde da família, a formação e necessidades dos profissionais, possibilidades de tratamento, bem como rede de apoio.

**Palavras-chaves:** avaliação em saúde mental, atenção primária à saúde, estudo delphi.

**Abstract:** The present article's objective is to describe and analyze the steps used to build an instrument to assess the mental health in primary care. To build the instrument Delphi methodology was used, which is based in the idea of a determined group consensus concerning a phenomenon. The group is composed by judges or specialists. Thirty five participants, who represented three groups: 1) primary care, 2) mental health specialists and 3) managers, were selected. In the six rounds of Delphi Study there was a consensus in thirty seven questions, from which thirty two are in the built instrument (twenty nine to answers in *likert* scale and three to descriptive answer) and fifteen questions were understood as dispensable to the mental health assessment in primary care. The questions selected by the judges to

compose the instrument of evaluation of mental health in primary health care indicates that for this group the main aspects to be worked up in the instrument are: conception about psychic suffering, welcoming in family health teams, professionals' education and needs, possibilities of treatment, as well as a support net.

**Key-Words:** The mental health assessment, primary health care, delphi study.

## **Introdução**

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 temática da Saúde Mental vem adquirindo crescente importância nas discussões no território nacional. A Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) e o Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde preconizam que o primeiro cuidado à pessoa com transtorno mental deve se dar através das Equipes de Saúde da Família, porta-de-entrada da rede de saúde.

A atenção primária à saúde adquire um papel central na identificação e tratamento dos transtornos mentais, conseqüentemente a saúde mental torna-se uma área programática da atenção básica e prevê estruturação de serviços, tendo como base o trabalho territorial, invertendo a lógica

hospitalocêntrica. Para isso, são criados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 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).

O Ministério da Saúde, através da Política Nacional de Saúde Mental, têm estimulado 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).

Assim, tendo em vista o crescimento da demanda para o cuidado à pessoa com transtorno mental e a remodelagem da atenção a partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira, faz-se necessário instrumentos que permitam melhor avaliar tanto esta demanda quanto o seu acolhimento na rede.

A fim de contribuir com esta discussão realizamos um estudo que teve por objetivo desenvolver um instrumento para avaliação da Saúde Mental na Atenção Primária em Saúde. O presente artigo busca descrever e analisar os passos utilizados para construção deste instrumento (Anexo A), onde contamos com o conhecimento e experiência dos ~~experts~~ em APS e saúde mental, além da realidade epidemiológica do território brasileiro.

## **Metodologia**

Para a construção do instrumento de avaliação utilizamos a metodologia Dephi que se baseia na idéia do consenso de um determinado grupo a respeito de um fenômeno. O objetivo desta metodologia é obter uma opinião coletiva qualificada. O grupo é composto por ~~juizes~~ ou

especialistas, ou seja, profissionais efetivamente vinculados à temática do estudo, qualificados como formadores de opinião dentro do segmento que pertencem ou mesmo fora dele.

O estudo Delphi é um processo sistemático e repetitivo que, através do ocultamento dos participantes, busca reduzir o efeito de contaminação. A retroalimentação é realizada por meio da divulgação dos resultados em forma de estatísticas a cada rodada de participação. Assim como se busca a estabilização da opinião dos participantes, o Delphi pode apresentar inúmeras rodadas, consistindo em fases durante as quais um grupo de indivíduos toma conhecimento do conteúdo, utilizando questionários. Aos juízes é solicitado que se faça um julgamento ou comentários sobre os itens apresentados (DUFFIELD, 1993). O consenso do grupo ocorre porque a visão dos participantes converge por meio de um processo de tomada de decisão.

De acordo com Ducan e Shmidt (1992), 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. Os julgamentos, apesar do caráter subjetivo, são resultados de um longo processo de sistematização dos conhecimentos adquiridos na prática. Spínola (1984) descreve o Delphi 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. Segundo esta autora, a 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.

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. Com relação aos especialistas, Williams e Webb (1994) consideram o Delphi uma técnica de

contabilidade de resultados em função do grau de especialistas. Segundo a literatura, não há um número ideal de juízes, sendo que a composição do grupo varia de acordo com o fenômeno em estudo e os critérios definidos pelo pesquisador para a seleção destes especialistas.

No presente estudo, para uma primeira versão do instrumento que foi submetido à metodologia Delphi foi realizado um grupo focal com profissionais com experiência relevante na área de saúde mental. O tema central do grupo focal foi o acolhimento aos usuários em sofrimento psíquico na atenção primária à saúde.

Para o estudo Delphi foram selecionados 35 participantes que representavam três grupos considerados fundamentais para a temática em estudo: 1) ~~%atenção primária+~~ formado por profissionais com no mínimo três anos de experiência na Saúde da Família; 2) ~~%especialistas+~~ profissionais especialistas em saúde mental com no mínimo três anos de trabalho nesta área, podendo ainda ser docente ou pesquisador, este último com no mínimo duas publicações relevantes nos temas abordados; e 3) ~~%gestores+~~ profissionais vinculados à gestão com no mínimo três anos de experiência nas políticas de saúde mental.

Foi formado também um grupo consultor para analisar as considerações dos participantes durante as rodadas e sumariá-las sem identificação. As sumarizações sempre eram expostas na próxima rodada ao grupo de ~~%juízes+~~

As pesquisas realizadas com o estudo Delphi utilizaram, em sua maioria, o envio dos questionários pelo correio, correio eletrônico, fax e/ou telefone. Porém, a fim de facilitar a interação e a participação, optamos no presente estudo pela utilização de uma plataforma virtual.

O critério de inclusão dos participantes do estudo foi intencional e buscando contemplar uma diversidade regional. Foram enviados convites ao endereço eletrônico da lista de gestores em saúde mental do Brasil, trabalhadores da saúde da família e especialistas em saúde mental. Conforme a chegada das respostas positivas foi composta a equipe de ~~%juízes+~~ dos trinta e cinco profissionais participantes.



Através da plataforma virtual acessada pelo site [www.epidemiops.com](http://www.epidemiops.com) os participantes realizaram seus cadastros e obtiveram mais detalhes sobre a proposta do estudo e informações sobre as questões éticas. Neste caso, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi disponibilizado na própria plataforma, e antes de iniciar a participação o usuário realizava a leitura e clicava em aceito ou não, salienta-se que foi utilizado o número do cadastro de pessoa física (CPF) para obter controle e rigor no cadastro do participante.

A cada fase ou rodada o questionário era liberado na plataforma para avaliação no site do estudo, permanecendo de 7 a 10 dias para que cada participante respondesse. Estabeleceu-se previamente que o número máximo de rodadas seria seis, uma vez que a técnica adotada preconiza em torno de 4 a 6 rodadas. Na avaliação de cada questão o participante marcava sua opinião em uma escala de valores (tipo "Likert scale" com 5 pontos), além de poder gerar comentários, críticas e opiniões sobre cada questão, até a terceira rodada.

A cada rodada o participante era convidado a analisar se as questões deveriam compor um instrumento para avaliar as perspectivas dos profissionais das equipes de saúde da família no acolhimento ao usuário em sofrimento psíquico. A orientação dada é a de que deveriam considerar a importância da temática e a clareza expressa na questão, assinalando um dos pontos da escala *likert*: %discordo totalmente+, %discordo+, %nem discordo nem concordo+, %concordo+e %concordo totalmente+.

Após o fechamento de cada rodada, os pesquisadores sistematizavam as respostas e retornavam ao grupo as estatísticas de cada questão (média e desvio padrão). Abria-se, assim, uma nova rodada na qual os usuários se posicionavam novamente frente às questões.

As questões que obtiveram consenso nas rodadas anteriores eram excluídas da avaliação para a próxima rodada. Foi considerado consenso a estabilização na oscilação nas respostas, ou seja, quando ocorreu pequeno número de mudanças de opinião sobre a questão entre duas rodadas consecutivas. Nessa pesquisa a inclusão de uma questão no instrumento se

deu quando a mesma obteve consenso e no mínimo, 70% de concordância. (FARO, 1995, 1997).

Para a estabilização das respostas, definindo sua finalização da questão no instrumento como tema prioritário, foi realizado o seguinte cálculo: variação da amplitude relativa interquartis entre duas rodadas consecutivas deverá ser igual ou inferior a 0,05 para que o tema tenha atingido a estabilidade, sendo assim:

$$IIQ = \frac{(Q3 - Q1)}{Q2} \quad \text{onde,} \quad \begin{array}{l} IIQ - \text{Intervalo interquartil} \\ Q1 - \text{Primeiro Quartil} \\ Q2 - \text{Segundo Quartil} = \text{mediana} \\ Q3 - \text{Terceiro Quartil} \end{array}$$

Variação da Amplitude relativa interquartil entre duas rodadas consecutivas = Variação =  $IIQ(R) - IIQ(R-1)$ , onde (R) . rodada em análise e (R-1) rodada anterior. Pode-se exemplificar: a questão 23 apresentou na primeira rodada intervalo interquartil de 0,25 e na segunda o mesmo intervalo, sendo a variação da amplitude relativa interquartil entre a rodada 2 e a rodada 1 igual a zero.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul (parecer 492/2009).

## Resultados

O questionário iniciou na primeira rodada com quarenta e duas questões para análise do grupo de *juizes*. Com os apontamentos foram incluídas mais cinco questões, totalizando quarenta e sete questões analisadas neste estudo. (Anexo A . Relação das Questões).

Os especialistas se manifestaram na forma de comentários até a terceira rodada, sendo diminuídos conforme foram tratados nas novas rodadas pelo grupo consultor. Dessa forma, obtiveram-se modificações no questionário até a quarta rodada oportunizando a expressão de todos participantes.

Com a utilização do estudo Delphi foram consensuadas trinta e sete questões (m0,05) sendo treze na segunda rodada, oito na terceira, seis na quarta rodada e cinco na quinta e na sexta rodada. Do total, trinta e duas entraram no instrumento construído (vinte e nove para resposta em *escala likert* e três para resposta descritiva). Quinze foram entendidas como dispensáveis para avaliação da saúde mental na atenção primária.

As questões estabilizadas nas rodadas Delphi eram excluídas da rodada posterior. Observa-se que 37 (78,72%) do total de 47 questões estabilizaram durante o estudo. Das 37 questões que estabilizaram, 09 não tiveram aceitação global dos participantes, portanto não foram incluídas no questionário final. Das 10 questões que não estabilizaram na última rodada (R6), 04 questões foram incluídas (ver figura 5) no questionário, visto que obtiveram de todos os grupos de *experts* um percentual de aprovação maior ou igual a 70%. O instrumento final foi, desta forma, finalizado com 32 questões.

A adesão do grupo de *juizes* ao estudo Delphi foi acima 85% em todas as rodadas, variando entre 30 e 34 participantes e totalizando 35 profissionais assim distribuídos: 16 da atenção primária à saúde, 10 especialistas em saúde mental e 09 gestores.

A figura 1 apresenta o percentual de aprovação das questões na segunda rodada, discriminando as avaliações dos três grupos de

especialistas. Destaca-se que a questão sobre a importância dos agentes comunitários de saúde na escuta da comunidade (q36) teve aceitação de 100% dos participantes dos três grupos. No mesmo sentido, as questões referentes à realização de grupo de estudos (q16), política de educação permanente (q19) e associação da intervenção de medicamentos a atividades culturais e de lazer (q30), obtiveram um percentual de aceitação de 100% no mínimo de dois grupos.

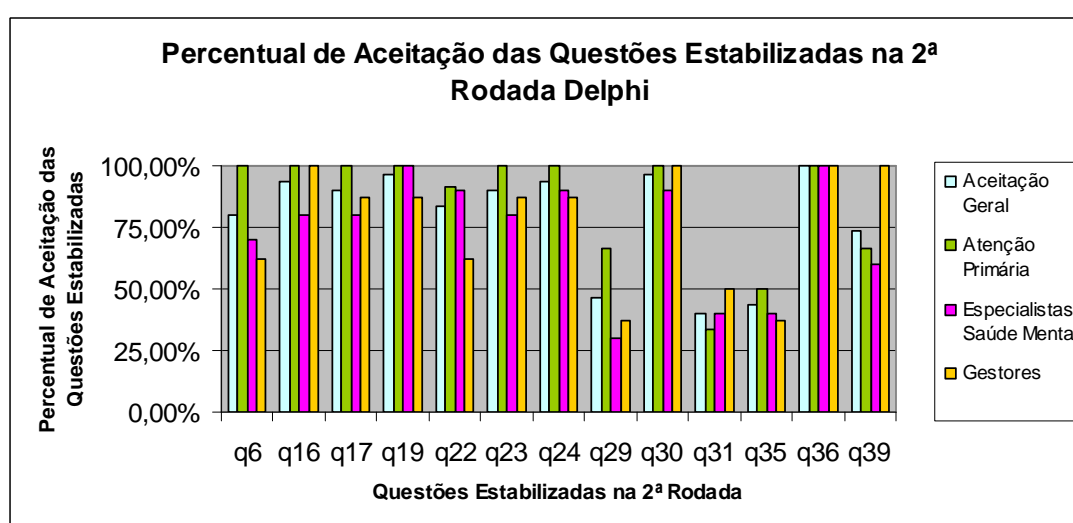


Figura 1 . Percentual de Aceitação das Questões Estabilizadas na 2ª Rodada Delphi do Estudo: O acolhimento ao usuário em Sofrimento Psíquico na perspectiva por profissionais da Estratégia Saúde da Família, segundo avaliação geral e avaliação por categoria dos profissionais da Atenção Primária, Especialistas em Saúde Mental e Gestores  
 Fonte: Dados da Pesquisa, 2010.

Por outro lado, a questão sobre as dificuldades dos profissionais de APS no acolhimento do usuário em sofrimento psíquico (q6), teve uma aprovação de 100% apenas no grupo dos profissionais da APS, enquanto que no grupo de gestores a aprovação foi de apenas 62,50%. Movimento semelhante é observado na questão que se refere à necessidade de uma equipe multiprofissional para o acolhimento adequado ao usuário em sofrimento psíquico, onde o grupo de gestores é o que teve uma taxa menor de aprovação. Por outro lado, o grupo de gestores foi o único a conferir 100% de aceitação para a questão sobre as razões que levam os profissionais da APS não apostarem na recuperação do paciente com transtorno mental (q39).

Na terceira rodada estabilizam-se oito questões, sendo que três foram excluídas do questionário. Foram excluídas as questões sobre a categoria de doente mental (q2), "excesso de demanda+ (q12) e abordagem familiar (q27), sendo que estas duas últimas questões foram, dentre todas do estudo Delphi, as que tiveram maior diferença entre o percentual de aceitação entre os grupos. As questões sobre a necessidade de um profissional de referência (q25) e intensificação das visitas familiares (q32) tiveram aprovação de 100% apenas entre o grupo de especialistas em saúde mental.

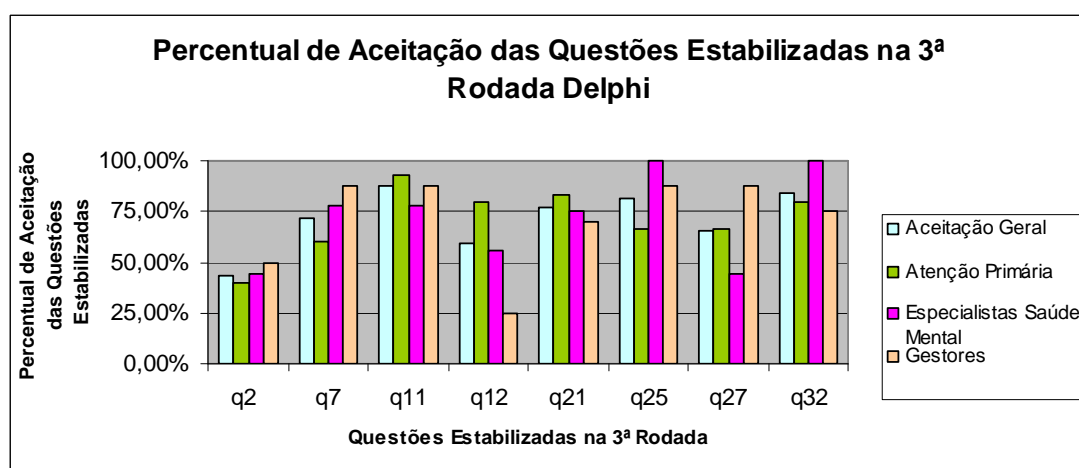


Figura 2. Percentual de Aceitação das Questões Estabilizadas na 3ª Rodada Delphi do Estudo: O acolhimento ao usuário em Sofrimento Psíquico na perspectiva por profissionais da Estratégia Saúde da Família, segundo avaliação geral e avaliação por categoria dos profissionais da Atenção Primária, Especialistas em Saúde Mental e Gestores.  
Fonte: Dados da Pesquisa, 2010.

Os destaques da figura acima são:

Na quarta rodada (R4), seis questões são estabilizadas, todas o grupo de juízes+consensuou a entrada no instrumento com índice de aprovação acima de 80%. As questões com maior aceitação referiam-se ao vínculo do profissional da APS como facilitador do tratamento (q9) e à necessidade de uma rede de saúde mais ampla para o cuidado do usuário em sofrimento psíquico (q20).

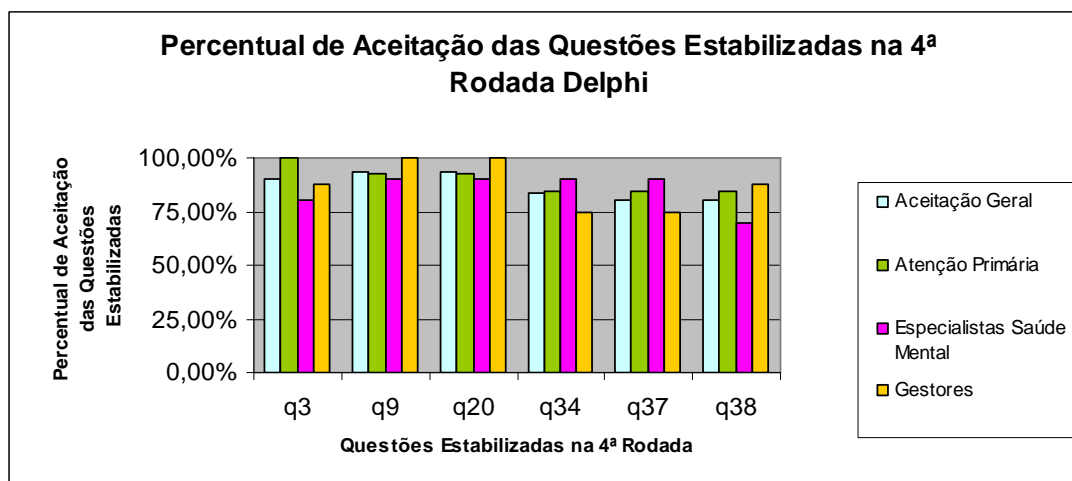


Figura 3. Percentual de Aceitação das Questões Estabilizadas na 4ª Rodada Delphi do Estudo: O acolhimento ao usuário em Sofrimento Psíquico na perspectiva por profissionais da Estratégia Saúde da Família, segundo avaliação geral e avaliação por categoria dos profissionais da Atenção Primária, Especialistas em Saúde Mental e Gestores  
 Fonte: Dados da Pesquisa, 2010.

Na quinta rodada (R5), cinco questões estabilizam, sendo duas indicadas para não serem incluídas no instrumento: *“O acompanhamento prestado pelos profissionais da APS ao usuário em sofrimento psíquico é, na maioria das vezes, adequado+e “Os profissionais da APS, em geral, estão habilitados a realizar um diagnóstico precoce do usuário em sofrimento psíquico+ Entram no questionário questões que tratam do compartilhamento do trabalho, escuta qualificada, bem como da necessidade de um protocolo de saúde mental.*

Na última rodada (R6) das quinze questões restantes cinco atingiram consenso, sendo quatro para inclusão e uma para exclusão. Foi excluída à questão sobre contra-referência na APS.

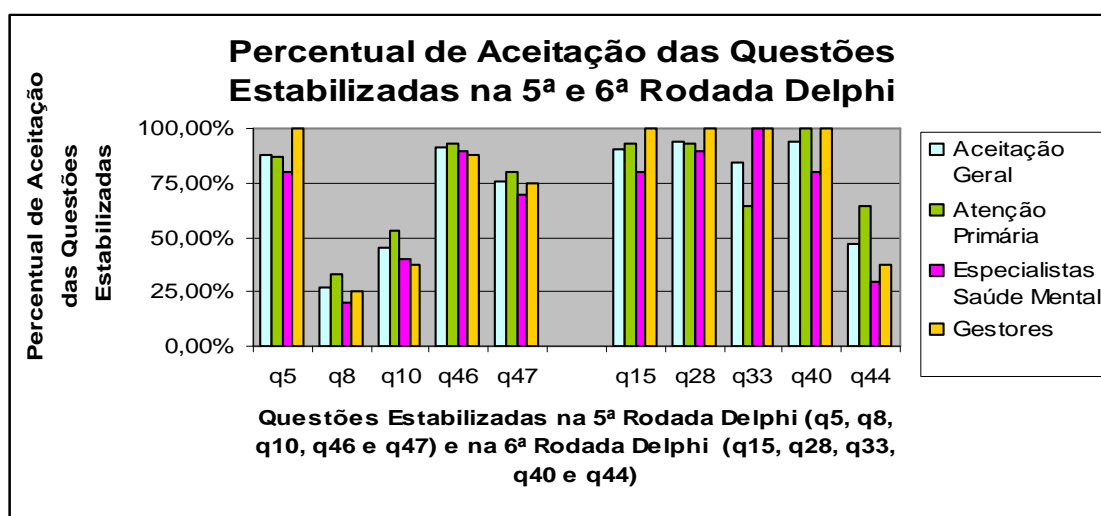


Figura 4 . Percentual de Aceitação das Questões Estabilizadas na 5ª (q5, q8, q10, q46 e q47) e na 6ª (q15, q28, q33, q40 e q44) Rodada Delphi do Estudo: O acolhimento ao usuário em Sofrimento Psíquico na perspectiva por profissionais da Estratégia Saúde da Família, segundo avaliação geral e avaliação por categoria dos profissionais da Atenção Primária, Especialistas em Saúde Mental e Gestores  
Fonte: Dados da Pesquisa, 2010.

As dez questões restantes que tiveram variação da amplitude relativa interquartil entre rodadas (ou seja, o intervalo de confiança) superiores a 0,05 foram analisadas de acordo com a aceitação, sendo incluídas as que tiveram percentual de aceitação geral superior a 70%, bem como esse percentual mínimo entre todos os grupos estratificados, figura 5.

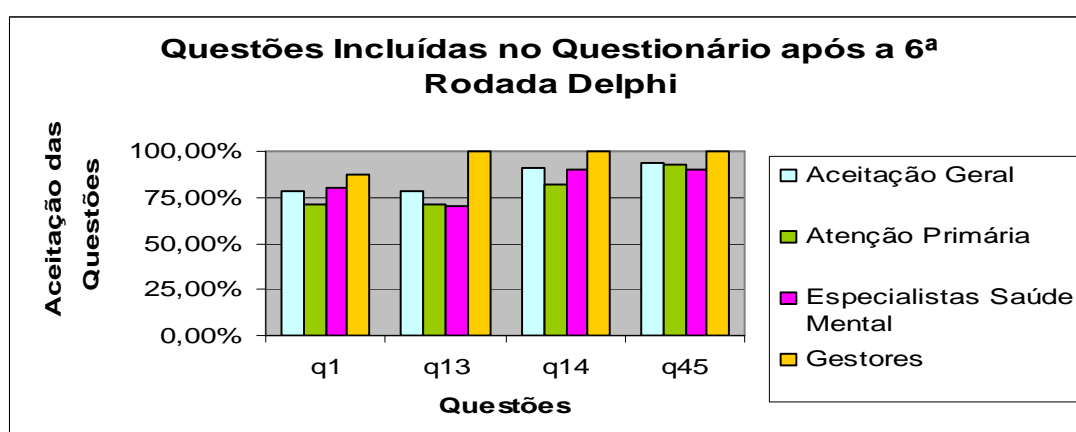


Figura 5 . Percentual de Aceitação das Questões Incluídas no Instrumento para avaliação da Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde após a 6ª Rodada Delphi do Estudo: O acolhimento ao usuário em Sofrimento Psíquico na perspectiva por profissionais da Estratégia Saúde da Família, segundo avaliação geral e avaliação por categoria dos profissionais da Atenção Primária, Especialistas em Saúde Mental e Gestores  
Fonte: Dados da Pesquisa, 2010.

## Discussão

As 32 questões selecionadas pelos juízes do estudo Delphi para compor o instrumento de avaliação da saúde mental na atenção primária à saúde indicam que para este grupo os principais aspectos a serem abordados no instrumento são: concepção sobre o sofrimento psíquico, acolhimento nas equipes de saúde da família, a formação e necessidades dos profissionais, possibilidades de tratamento, bem como rede de apoio.

Estes aspectos são também destacados por outros estudos, como o de Dalla Vecchia e Martins (2009) que salientam que os profissionais identificam que a qualidade da atenção à saúde mental está condicionada por fatores como a organização do sistema e acesso à equipamentos sociais.

Dentre 47 questões propostas inicialmente, duas questões estabilizadas que não tiveram percentual suficiente de aceitação para entrada no questionário, tratavam da concepção de sofrimento psíquico atrelada diretamente ao conceito de doença mental ou relacionado à causa orgânica. A reprovação destas questões sinaliza a recusa de termos tidos como estigmatizante e ainda uma concepção de transtorno mental que não se restringe a uma causalidade biológica. Esta perspectiva é coerente com a última versão do manual de Classificação Internacional de Doenças (CID) que substituiu o termo "doença mental" pelo termo "transtorno", abandonando, ao menos aparentemente, a polêmica sobre a sua etiologia e restringindo-se à classificação baseada na descrição dos "aspectos clínicos principais".

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 (Foucault, 1995; Castel, 1978; Goffman, 2001; Birman, 1978 e 1994; Amarante, 1995 e 1996). 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.

Discutindo ainda questões estabilizadas que não tiveram percentual suficiente de aceitação para entrada no instrumento, podemos destacar q12 e q29: *“A intensa demanda dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) não garante ao usuário em sofrimento psíquico os principais atributos: acesso, integralidade e longitudinalidade+ e “A excessiva demanda dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) é o principal fator que impede o acolhimento dos usuários em sofrimento psíquico+ Ao não contemplar as questões acima citadas, pode-se atribuir a referência que elas nos remetem, onde o excesso de demanda e intensa jornada são condições que remetem a uma discussão mais ampla do sistema de saúde, como sinaliza Pasche (2007), não se referindo especificamente à saúde mental.*

Da mesma forma, as questões 31 e 35, ambas com baixa aceitação (m50%) nos três grupos de juízes apresentam uma concepção bastante restrita do profissional da APS no atendimento ao usuário com transtorno mental, indicando que este atendimento seria uma atribuição estrita do psicólogo ou ainda que este usuário deveria ser encaminhado para internação hospitalar. A recusa do grupo de juízes expressa que estas são posições já ultrapassadas na discussão da atenção psicossocial (Vasconcelos, 2008). A necessidade do trabalho em equipe multiprofissional já é consenso tanto entre especialistas de saúde mental como entre os profissionais da APS e gestores. Este trabalho em equipe tem como objetivo impactar sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença e, como indicam Silveira e Vieira (2009) a expansão e interiorização da ESF tem demonstrado a possibilidade de inclusão da saúde mental nas ações de saúde pública.

Dentre as 32 questões incluídas no instrumento evidenciam-se já na R2 questões estabilizadas que tratam de grupos de estudo, rede de apoio (apoio matricial e/ou NASF), articulação de equipe multiprofissional,

discussão de caso em reunião de equipe, além de plano terapêutico individualizado.

O desenvolvimento de estratégias para Educação Permanente em Saúde, explicitado na questão dezoito é expressivo na discussão do estudo Delphi atingindo 96% de aceitação já na R2. A necessidade de recursos humanos capacitados sentindo-se autorizados a acolher a pessoa com transtorno mental é notória.

Outro dado do estudo que sinaliza para a necessidade de Educação Permanente em Saúde é quando todo o grupo de profissionais da atenção primária (q6) concorda que enfrenta dificuldades no acolhimento ao usuário em sofrimento psíquico. A ampla aprovação da questão sobre os agentes comunitários de saúde como facilitadores do diálogo com a comunidade confirma a importância deste profissional para a atenção à saúde mental no âmbito da atenção primária. Lancetti (2008) também destaca a atuação dos agentes comunitários na prevenção de agravos de saúde mental, tais como internações, suicídios e homicídios.

Os profissionais da Atenção Primária à Saúde reconhecem que apresentam dificuldades em detectar que o usuário do serviço de saúde está em sofrimento psíquico. Esta dificuldade se dá por vários motivos, entre eles a formação profissional: teórica e prática insuficiente para o profissional sentir-se autorizado ao atendimento em saúde mental. O estudo de Nery (2006) ao discutir o acolhimento e o modelo predominante de atenção em saúde e a organização e os métodos de trabalho, relata que a escuta foi considerada um elemento importante na acolhida, apontando que a mesma não ocorre de forma plena. A resolutividade depende do acolhimento e responsabilização clínica e sanitária dos profissionais no desenvolvimento de ações envolvendo o coletivo da equipe de saúde da família e demais serviços de saúde.

A escuta qualificada é um mecanismo que permite a identificação precoce do sofrimento psíquico, evitando assim o seu agravo. Como salienta BOTEGA (2006), o sofrimento psíquico sem diagnóstico precoce interfere

significativamente na qualidade de vida do usuário, refletindo na sua rede social.

O instrumento em construção no presente estudo indica que na perspectiva dos profissionais, o usuário em sofrimento psíquico necessita de cuidado em uma rede de saúde composta por: Equipe de Saúde da Família, Apoio Matricial, intersetorialidade (educação, assistência social, etc.), promoção de oficinas comunitárias, orientação familiar, entre outras possibilidades. Esta rede de apoio e a integração entre os serviços de saúde para consulta compartilhada que é também identificada por Campos (2007) como um instrumento facilitador no acolhimento ao usuário em sofrimento psíquico.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) para equipe de referência, conforme prevê a Portaria GM nº. 154, 2008, é outra ferramenta bastante potente atrelada à escuta dos agentes comunitários de saúde e demais profissionais, dando enfoque para as relações comunitárias.

A constituição de redes de cuidado facilita o tratamento através de uma proposta terapêutica individualizada e com um profissional de referência aspecto identificado pelos *experts* do estudo como elemento que deve integrar um instrumento de avaliação em saúde mental. Esta integração entre serviços e constituição de uma rede é também apontada por Silveira e Vieira (2009) como uma estratégia importante para ampliação da capacidade de resolutibilidade dos serviços de atenção primária no que concerne à saúde mental, diminuindo significativamente a necessidade de internações hospitalares.

Um protocolo de Saúde Mental é percebido pelos profissionais como uma ferramenta que pode orientar no acolhimento do usuário em sofrimento psíquico. Pode auxiliar na resolução de algumas dificuldades dos profissionais da Saúde da Família em acolher um usuário e nortear os recursos para traçar o plano terapêutico. Considerando a necessidade de avaliação e monitoramento das práticas no Sistema Único de Saúde, e principalmente para as Equipes de Saúde da Família, o uso de instrumentos

avaliadores deve possibilitar o aumento da qualidade na programação de ações e melhorar custo efetividade das tecnologias.

### **Considerações Finais**

O sucesso da participação do grupo de juizes+ pode se atribuir à forma ágil de acesso ao questionário, através de uma plataforma virtual, a qual tornou possível obter engajamento dos participantes sem perdas. Outro aspecto relevante para adesão foi a pactuação prévia com os participantes de que as participações no Delphi não excederiam seis rodadas. Isto permitiu que o grupo de juizes+ se programasse e, ao mesmo tempo, vislumbrasse a finalização do trabalho, uma vez que a participação se deu de forma voluntária.

As orientações fornecidas através da plataforma virtual e dos convites eletrônicos sobre a valorização nas respostas da experiência também foi fundamental, a nosso ver, para a adequação das questões do instrumento. Neste sentido, o instrumento construído respeita as características brasileiras de Atenção à Saúde Mental, por ter ampla contribuição de profissionais das regiões: nordeste, centro-oeste, sudeste e sul.

A presença das diferenças de opiniões entre os grupos de juizes+ tornou-se essencial para riqueza do estudo.

O instrumento construído neste estudo torna-se uma potente oferta para avaliação da saúde mental na atenção primária, tendo em vista a riqueza de contextualização que ele proporciona, tendo alcance desde os atributos da APS até a necessidade ou não de formação específica, educação permanente e as formas de abordagem a pessoa com transtorno mental.

Os resultados que a avaliação da saúde mental na atenção primária pode nos proporcionar são inúmeros, desde o auxílio no planejamento estratégico até os profissionais indispensáveis para acolhimento de acordo com a demanda do território em análise. A necessidade de aperfeiçoar os

recursos para desafogar os demais níveis de atenção e assim lançar mão de um recurso gerenciador de oferta e demanda.

É necessário pontuarmos algumas limitações do instrumento, como por exemplo, sua extensão, contendo 32 questões, sendo 3 abertas (discursivas) que tendem a ocupar tempo do participante. Estas limitações serão avaliadas nas análises do questionário piloto aplicado logo após a finalização do estudo Delphi aos profissionais da atenção primária do Estado da Bahia e do Rio Grande do Sul.

Considerando a necessidade de avaliação e monitoramento das práticas no Sistema Único de Saúde, e principalmente para as Equipes de Saúde da Família, o uso de instrumentos avaliadores deve possibilitar o aumento da qualidade na programação de ações e melhorar custo efetividade das tecnologias. Desta forma, acredita-se que o instrumento proposto pelo presente estudo possa contribuir efetivamente para melhorar a interface da saúde mental com a atenção primária à saúde do Brasil.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida Filho N, Mari JJ, Coutinho E, França JF, Fernandes J, Andreoli SB, et al; Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. Br J Psychiatry 1997; 171(12): 525-9

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.

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.

BARROS, R. B.; PASSOS. Humanização na saúde: um novo modismo? Interface . Comunicação, Saúde, Educação, São Paulo, v.9 n. 17, p. 389-394, 2005.

Botega, NJ. Prática psiquiátrica no Hospital Geral: interconsulta e emergência. Porto Alegre: Artmed; 2006.

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.

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

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Orientações acerca dos indicadores de monitoramento avaliação do pacto pela saúde, nos componentes pela vida e de gestão para o biênio 2010 . 2011.

\_\_\_\_\_, 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?idtxt=33929](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33929)

Campbell SM et al. Defining quality of care. Soc Sci Med. 2000; 51 (11): 1611-25.

Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(2):399-407, fev, 2007

\_\_\_\_\_, Guerreiro AVP (Orgs). Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Editora HUCITEC, 2008.

\_\_\_\_\_, Furtado JP, Passos E, Benevides R (Orgs). Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: Editora HUCITEC, 2008.

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

Ceccim RB, Ferla AA. Educação e Saúde: Ensino e Cidadania como travessia de fronteiras. Trabalho Educação Saúde, v. 6 n. 3, p. 443-456, nov.2008/fev.2009.

\_\_\_\_\_. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface Comunicação, Saúde, Educação, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005

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>

Dalla Vecchia M, Martins STF. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (1): 183-193, 2009

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

Faro ACM. Do diagnóstico à conduta de enfermagem: a trajetória do cuidar na reabilitação do lesado medular. São Paulo, 1995. 207 p. Tese (Doutoramento) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

\_\_\_\_\_. 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.

Fisch HU, Laederach-Hofmann K. Diagnosis and therapy of depression in the heart disease patient. *Ther Umsch* 2003;60(11):703-7

Fontanive PVN, Filho EDC, Kolling JHG, Harzheim E. Necessidades em educação permanente percebidas por profissionais médicos das equipes da estratégia saúde da família dos municípios do projeto telessaúde . RS. 2009 Dissertação de mestrado do programa de pós-graduação em epidemiologia da UFRGS, Porto Alegre, 2009.

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.

Gonçalves, DM, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação de Desempenho do Self-Report Questionnaire como Instrumento de Rastreamento Psiquiátrico: Um Estudo Comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Caderno Saúde Pública* 2008; 24(2): 380-90.

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.

Machado, L.D.; Lavrador, M.C.C. Por uma clinicada expansão da vida. *Interface . Comunicação Saude Educação*. v.13, supl.1, p.515-21, 2009.

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



Nery, Sonia Regina. O Acolhimento no cotidiano dos profissionais das Unidades de Saúde da Família em Londrina-Paraná. Londrina; 2006. p.134.

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.

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.

Pasche DF. A reforma necessária do SUS: inovações para a sustentabilidade da política pública de saúde. Ciência & Saúde Coletiva vol.12 no.2 Rio de Janeiro Mar./Apr. 2007

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

Silveira DP, Vieira ALS, Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local Ciência & Saúde Coletiva, 14(1):139-148, 2009

Souza WS, Moreira MCN. A temática da humanização na saúde: alguns apontamentos para o debate. Interface: Comunicação Saúde Educação v.12, n.25, p.327-38, abr./jun. 2008

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

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

## ANEXO 1 6 RELAÇÃO DAS QUESTÕES

Relação das Questões	Número de rodadas	Rodada Consenso	Varição	Aceitação Geral da Questão	APS	Saúde Mental	Gestão
q1	6	6	0,60	78,13%	71,43%	80,00%	87,50%
q2	3	3	0,00	43,75%	40,00%	44,44%	50,00%
q3	4	4	0,00	90,32%	100,00%	80,00%	87,50%
q4	6	6	0,50	65,63%	71,43%	50,00%	75,00%
q5	5	5	0,00	87,88%	86,67%	80,00%	100,00%
q6	2	2	0,00	80,00%	100,00%	70,00%	62,50%
q7	3	3	0,00	71,88%	60,00%	77,78%	87,50%
q8	5	5	0,00	27,27%	33,33%	20,00%	25,00%
q9	4	4	0,00	93,55%	92,31%	90,00%	100,00%
q10	5	5	0,00	45,45%	53,33%	40,00%	37,50%
q11	3	3	0,00	87,50%	93,33%	77,78%	87,50%
q12	3	3	0,00	59,38%	80,00%	55,56%	25,00%
q13	6	6	0,66	78,13%	71,43%	70,00%	100,00%
q14	6	6	0,43	90,63%	81,71%	90,00%	100,00%
q15	6	6	0,00	90,63%	92,86%	80,00%	100,00%
q16	2	2	0,00	93,33%	100,00%	80,00%	100,00%
q17	2	2	0,00	90,00%	100,00%	80,00%	87,50%
q18	6	6	0,16	68,75%	50,00%	80,00%	87,50%
q19	2	2	0,00	96,67%	100,00%	100,00%	87,50%
q20	4	4	0,00	93,55%	92,31%	90,00%	100,00%
q21	3	3	0,00	76,66%	83,33%	75,00%	70,00%
q22	2	2	0,00	83,33%	91,67%	90,00%	62,50%
q23	2	2	0,00	90,00%	100,00%	80,00%	87,50%
q24	2	2	0,00	93,33%	100,00%	90,00%	87,50%
q25	3	3	0,00	81,25%	66,67%	100,00%	87,50%
q26	6	6	0,20	75,00%	78,57%	60,00%	87,50%
q27	3	3	0,00	65,63%	66,67%	44,44%	87,50%
q28	6	6	0,05	93,75%	92,86%	90,00%	100,00%
q29	2	2	0,03	46,67%	66,67%	30,00%	37,50%
q30	2	2	0,00	96,67%	100,00%	90,00%	100,00%
q31	2	2	0,00	40,00%	33,33%	40,00%	50,00%
q32	3	3	0,00	84,38%	80,00%	100,00%	75,00%
q33	6	6	0,00	84,38%	64,29%	100,00%	100,00%
q34	4	4	0,00	83,87%	84,62%	90,00%	75,00%
q35	2	2	0,00	43,43%	50,00%	40,00%	37,50%
q36	2	2	0,00	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
q37	4	4	0,00	80,65%	84,62%	90,00%	75,00%
q38	4	4	0,00	80,65%	84,62%	70,00%	87,50%
q39	2	2	0,00	73,33%	66,67%	60,00%	100,00%
q40	6	6	0,05	93,75%	100,00%	80,00%	100,00%
q41	6	6	0,18	75,00%	71,43%	60,00%	100,00%
q42	6	6	0,16	56,25%	50,00%	50,00%	75,00%
q43	3	6	0,12	71,88%	78,57%	60,00%	75,00%
q44	3	6	0,00	46,88%	64,29%	30,00%	37,50%
q45	3	6	0,05	93,75%	92,86%	90,00%	100,00%
q46	2	5	0,00	90,91%	93,33%	90,00%	87,50%
q47	2	5	0,00	75,76%	80,00%	70,00%	75,00%

m0,05 . critério de estabilização das questões até a quinta rodada Delphi.  
As questões que finalizaram na sexta rodada e ultrapassaram a variação máxima da amplitude entre duas rodadas (0,05) entraram no questionário (ou não) de acordo com o percentual de aceitação na rodada final.

## **ANEXO 2 - INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

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

- Responda as seguintes questões sempre baseado na sua experiência atual, relativa à Unidade de Saúde na qual trabalha.
- É importante que as respostas retratem sua experiência concreta (realidade) para identificação das dificuldades e potencialidades que a rede de atendimento possui em saúde mental.

1)O sofrimento psíquico é doença mental.

- concordo plenamente
- concordo
- não concordo nem discordo
- discordo
- discordo plenamente

2)O sofrimento psíquico é uma condição humana que pode variar de intensidade (aguda ou crônica).

- concordo plenamente
- concordo
- não concordo nem discordo
- discordo
- discordo plenamente

3)A escuta qualificada e a observação da aparência e do comportamento são as principais formas que os profissionais da Atenção Primária à Saúde dispõem para identificar que um usuário está em sofrimento psíquico.

- concordo plenamente
- concordo
- não concordo nem discordo
- discordo
- discordo plenamente

4) A maioria dos profissionais da Atenção Primária à Saúde enfrentam dificuldades no acolhimento do usuário em sofrimento psíquico.

- concordo plenamente
- concordo
- não concordo nem discordo
- discordo
- discordo plenamente

- 5) Os profissionais da Atenção Primária à Saúde não possuem formação teórica e prática para o atendimento em saúde mental.
- concordo plenamente
  - concordo
  - não concordo nem discordo
  - discordo
  - discordo plenamente
- 6) O vínculo do profissional da Atenção Primária à Saúde com o usuário em sofrimento facilita o tratamento.
- concordo plenamente
  - concordo
  - não concordo nem discordo
  - discordo
  - discordo plenamente
- 7) O sofrimento psíquico sem diagnóstico precoce interfere significativamente na qualidade de vida do usuário.
- concordo plenamente
  - concordo
  - não concordo nem discordo
  - discordo
  - discordo plenamente
- 8) A formação dos profissionais da Atenção Primária à Saúde garante o atendimento qualificado aos usuários em sofrimento psíquico.
- concordo plenamente
  - concordo
  - não concordo nem discordo
  - discordo
  - discordo plenamente
- 9) O profissional da Atenção Primária à Saúde, em geral, está habilitado a realizar o acolhimento do usuário em sofrimento psíquico.
- concordo plenamente
  - concordo
  - não concordo nem discordo
  - discordo
  - discordo plenamente
- 10) É necessária uma formação específica em saúde mental para qualificar o acolhimento ao usuário em sofrimento psíquico.
- concordo plenamente
  - concordo
  - não concordo nem discordo
  - discordo
  - discordo plenamente
- 11) É importante grupos de estudos na reunião de equipe da Unidade de Saúde.
- concordo plenamente
  - concordo
  - não concordo nem discordo
  - discordo
  - discordo plenamente

12)É necessário sistematizar interconsultorias / NASF / Apoio Matricial para Atenção Primária a Saúde.

- concordo plenamente
- concordo
- não concordo nem discordo
- discordo
- discordo plenamente

13)É necessário sistematizar Política de Educação Permanente para Atenção Primária a Saúde.

- concordo plenamente
- concordo
- não concordo nem discordo
- discordo
- discordo plenamente

14)O usuário em sofrimento psíquico necessita de cuidado em uma rede de saúde composta por: Equipe de Saúde da Família, Apoio Matricial, oficinas comunitárias, orientação familiar, entre outras possibilidades.

- concordo plenamente
- concordo
- não concordo nem discordo
- discordo
- discordo plenamente

15)O acolhimento adequado para uma pessoa em sofrimento psíquico deve ter vários encontros.

- concordo plenamente
- concordo
- não concordo nem discordo
- discordo
- discordo plenamente

16)O acolhimento adequado ao usuário em sofrimento psíquico deve ser articulado por vários profissionais, através de uma equipe multiprofissional/ interdisciplinar/transdisciplinar.

- concordo plenamente
- concordo
- não concordo nem discordo
- discordo
- discordo plenamente

17)A discussão do caso em reunião de equipe é fundamental para o acolhimento qualificado ao usuário em sofrimento.

- concordo plenamente
- concordo
- não concordo nem discordo
- discordo
- discordo plenamente

18)O tratamento do usuário em sofrimento psíquico exige uma proposta terapêutica individualizada.

- concordo plenamente
- concordo
- não concordo nem discordo
- discordo
- discordo plenamente

19)O tratamento do usuário em sofrimento psíquico exige um profissional de referência na equipe de saúde.

- concordo plenamente
- concordo
- não concordo nem discordo
- discordo
- discordo plenamente

20)A constituição de redes de cuidado é essencial no tratamento do usuário em sofrimento psíquico.

- concordo plenamente
- concordo
- não concordo nem discordo
- discordo
- discordo plenamente

21)A intervenção medicamentosa deve ser associada a atividades de lazer e cultura, bem como abordagem no contexto familiar.

- concordo plenamente
- concordo
- não concordo nem discordo
- discordo
- discordo plenamente

22)A abordagem familiar de um usuário em sofrimento psíquico exige visitas domiciliares mais freqüentes.

- concordo plenamente
- concordo
- não concordo nem discordo
- discordo
- discordo plenamente

23)Os principais atributos da Atenção Primária à Saúde necessários ao cuidado do usuário em sofrimento psíquico são: acesso, integralidade e longitudinalidade.

- concordo plenamente
- concordo
- não concordo nem discordo
- discordo
- discordo plenamente

24)É necessário suporte do Núcleo Apoio à Saúde da Família (NASF) para equipe de referência no acolhimento aos usuários em sofrimento psíquico.

- concordo plenamente
- concordo
- não concordo nem discordo
- discordo
- discordo plenamente

25)Os agentes comunitários de saúde são profissionais importantes na escuta das relações comunitárias.

- concordo plenamente
- concordo
- não concordo nem discordo
- discordo
- discordo plenamente

26) Todos profissionais que compõem a equipe podem realizar acolhimento ao usuário em sofrimento psíquico.

- concordo plenamente
- concordo
- não concordo nem discordo
- discordo
- discordo plenamente

27) Há necessidade de maior integração entre os serviços de saúde

- concordo plenamente
- concordo
- não concordo nem discordo
- discordo
- discordo plenamente

28) A consulta compartilhada é um potente instrumento no acolhimento ao usuário em sofrimento psíquico.

- concordo plenamente
- concordo
- não concordo nem discordo
- discordo
- discordo plenamente

29) Um protocolo de Saúde Mental ajuda/orienta os profissionais no acolhimento do usuário em sofrimento psíquico.

- concordo plenamente
- concordo
- não concordo nem discordo
- discordo
- discordo plenamente

30) O que você entende por sofrimento psíquico?

31) Em sua opinião, quais são as maiores dificuldades dos profissionais da Saúde da Família em acolher um usuário em sofrimento psíquico?

32) Em sua opinião, por que o profissional das Equipes de Saúde da Família, muitas vezes, deixa de apostar na recuperação do sujeito com sofrimento psíquico grave?

## 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 6 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 .....	83
2 JUSTIFICATIVA .....	85
3. QUESTÃO DE PESQUISA .....	87
4 OBJETIVOS .....	88
4.1 OBJETIVO GERAL .....	88
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	25
5 METODOLOGIA .....	89
5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	89
5.2 ESTRATÉGIA DE COLETA.....	89
5.3 POPULAÇÃO DE PESQUISA.....	91
6 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS .....	92
7 QUESTÕES ÉTICAS .....	93
8 CRONOGRAMA.....	94
8 RECURSOS NECESSÁRIOS.....	95
9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	96
ANEXO A - ROTEIRO GRUPO FOCAL.....	98
ANEXO B - PERFIL DOS «EXPERTS» DO DELPHI PARA VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO.....	99
ANEXO C « TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO I.....	100
ANEXO D « TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO II.....	101

# 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 ãretaguardasõ 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 oportuna 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 juntas 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 Delphi 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 ojúzesö 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 ó 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 *o* 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

<b>ATIVIDADE</b>	<b>03 e 04 2009</b>	<b>05 e 06 2009</b>	<b>07 e 08 2009</b>	<b>09 e 10 2009</b>	<b>11 e 12 2009</b>	<b>01 e 02 2010</b>	<b>03 e 04 2010</b>	<b>05 e 06 2010</b>	<b>07 e 08 2010</b>
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 ó 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**. 2<sup>a</sup> ed. 2008. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_praticas\\_producao\\_saude\\_2ed\\_2008.pdf](http://bvsmms.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**. 4<sup>a</sup> 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 ó DF, 10 de março de 2009.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, Saúde e Doença**. 4<sup>a</sup> 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 ó TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO I



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

A Pesquisa ãO ACOLHIMENTO AO USUÁRIO EM SOFRIMENTO PSÍQUICO NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIAö.

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 ó TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO II



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

A Pesquisa ãO ACOLHIMENTO AO USUÁRIO EM SOFRIMENTO PSÍQUICO NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIAö.

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 ó Fone: (54) 9983- 9061

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

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

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



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: 15/09/2009

Protocolo CEPS-ESP n.º 492/09

**Projeto:** "O Acolhimento ao Usuário em Sofrimento Psíquico 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

---

**Ofício nº. 028/2010**  
**Refer: devolução do Projeto**

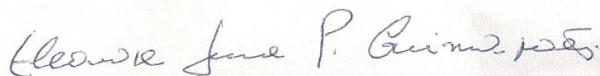
Salvador, 14 de maio de 2010.

**Prezada Daniela Riva Kavin 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.

Cordiais Saudações,



**ELEONORA LIMA P. GUIMARÃES**

**Coordenadora do CEP-SESAB**



## ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Desde já agradecemos a sua participação.

Você participará de uma pesquisa, através da Técnica Delphi, cujo principal objetivo é: Identificar as perspectivas dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família no acolhimento dos usuários em sofrimento psíquico. Para isso você responderá um questionário de 42 perguntas, com escala likert (onde deve escolher uma questão dentre as 5 opções) e poderá contribuir com comentários e inclusões na caixa de texto.

Salientamos que a pesquisa passou pela avaliação de comitê de ética em pesquisa da Escola de Saúde Pública (ESP) do Rio Grande do Sul. Os nomes dos participantes serão utilizados apenas para a condução do estudo, sendo asseguradas as condições de confidencialidade dos sujeitos da pesquisa na análise e divulgação dos resultados.

A realização deste estudo não apresenta riscos à saúde ou ao bem-estar para os participantes desta pesquisa. O material de pesquisa a ser obtido consiste em questionários aplicados aos profissionais de saúde, cuja participação será livremente consentida, conforme este documento on line.

Se você concorda em participar do estudo acima clique em "Concordo - Avançar" caso não concorde clique em "Não Concordo - Sair".

[CLIQUE AQUI LEIA O MANUAL BÁSICO DE INSTRUÇÕES ANTES DE INICIAR A RODADA](#)

NÃO CONCORDO - SAIR

CONCORDO - AVANÇAR



Copyright © 2009 - Guilherme Martinez Floriano - guilhermefloriano@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS)  
FACULDADE DE MEDICINA (FAMED)

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

MESTRADO PROFISSIONAL EM EPIDEMIOLOGIA, GESTÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE NA LINHA DE PESQUISA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE  
Pesquisadores responsáveis: Carolina Santos da Silva e Dra. Daniela Rita Krause

Seja bem vindo ao portal **epidemioaps.com**  
Este portal tem como objetivo a aplicação da técnica Delphi de validação de formulários. Se você chegou até aqui é porque foi convidado por sua experiência profissional (técnico / prática) sobre o assunto. Agradecemos desde já a sua participação.

O Projeto

Quem Sou

Fale Conosco

Informe Seu CPF e Senha

CPF:

SENHA:

Esqueci minha senha

ENTRAR

**O QUE É A TÉCNICA DELPHI?**  
A técnica Delphi passou a ser disseminada no começo dos anos 80, com base em trabalhos desenvolvidos por Cliff Helmer e Norman Dalkey, pesquisadores da Rand Corporation.  
O objetivo original era desenvolver uma técnica para aprimorar o uso da opinião de especialistas na previsão tecnológica.  
Na metodologia desenvolvida, são estabelecidas condições básicas, o encontro dos respondentes, a representação estatística da distribuição dos resultados, e a feedback de respostas do grupo para reavaliação nas rodadas subsequentes.  
Assim, na sua formulação original, o Delphi é uma técnica para a busca de um consenso de opiniões de um grupo de especialistas a respeito de um evento futuro. A evolução em direção a um consenso ocorre no processo iterativo de uma consiliação de julgamento intuitivo de um grupo de peritos sobre eventos futuros e tendências. A técnica baseia-se no uso estruturado do conhecimento de especialistas e da criatividade de um painel de especialistas, pressupondo-se que o julgamento coletivo, quando organizado adequadamente, é melhor que a opinião de um só indivíduo.

SUS 20 ANOS

Copyright © 2009 - Guilherme Martinez Floriano - guilhermefloriano@gmail.com

## ANEXO D 6 DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DEPLHI

Distribuição dos Participantes Delphi

