Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Atenção em Saúde Mental: identificação e
acompanhamento de pessoas com problemas de
saúde mental por equipes da Estratégia de Saúde
da Família

Moacyr Miniussi Bertolino Neto

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública da Universidade de
São Paulo para obtenção do título de Mestre em
Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Alberto Olavo Advincula Reis

Área de Concentração: Saúde, Ciclos de Vida e
Sociedade.

São Paulo

2011

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua Reprodução Total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação dos autores, título, instituição e ano da tese/dissertação.

DEDICATÓRIA

*À memória de meus avós Moacyr Miniussi Bertolino e Dines de Oliveira
Bertolino que contribuíram para minha formação e que gostaria que
estivessem presentes neste momento.*

*Ao meu afilhado Israel Marangoni Bertolino para quem desejo ser capaz de
contribuir para sua formação.*

A todos os militantes da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os amigos(as) que, mesmo sem perceber, colaboraram para que este trabalho se desenvolvesse.

À FAPESP pelo apoio financeiro (Processo2010/04763-0).

Ao CNPq pelo apoio financeiro à pesquisa “Condições de Acolhimento e Resolutividade de Problemas de Saúde Mental Infanto-Juvenil na Estratégia de Saúde Da Família” (CNPq 575238/2008-9).

Aos profissionais das equipes de Estratégia de Saúde da Família que participaram da pesquisa.

Ao meu orientador Alberto Olavo Advincula Reis pela dedicação, entusiasmo, paciência e amizade com que me orientou nesse processo de aprendizagem e construção.

Aos professores membros das bancas de qualificação, pré-banca e banca.

Aos membros do Laboratório de Saúde Mental Coletiva (LASAMEC) por suas valiosas contribuições. Em especial à Patricia Delfini, Maria Margarida Prates (Guida), Camila Muylaert, Maria Fernanda Oliveira, Isabella Bastos, Isabel Marazina e Vicente Sarubi por sua colaboração em todas as etapas do processo.

Aos funcionários da Faculdade de Saúde Pública – USP, em especial à Iara Macedo, Leandro Cleto e Renilda Shimono pela paciência, compreensão e ajuda.

Aos membros da Frente Estadual Antimanicomial de São Paulo por sua colaboração e compreensão.

Aos amigos que compreenderam minhas faltas e por vezes o mau humor. Em especial ao Eliseu Verly, Margarete Domingues, Sandra Garcia, Mariângela Nepomuceno, Renata Régis, Cláudia Barros, Fabíola Bernardini, Adriana Eiko e Tiago Ribeiro que contribuíram, a seu modo, em diferentes etapas do trabalho.

Àqueles Professores do Departamento de Saúde Materno Infantil que estavam sempre prontos a esclarecer dúvidas, discutir e colaborar com o trabalho.

À minha família que me apoiou, contribuiu e compreendeu minha ausência.

BERTOLINO NETO MM. **Atenção em Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família: Uma descrição na ótica de suas equipes** (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Resumo

Introdução: A Estratégia de Saúde da Família se apresenta como possibilidade de acompanhamento em saúde mental de pessoas em sofrimento psíquico, se integrando à rede de saúde e facilitando, por meio do acolhimento, ações intersetoriais de inclusão social. Contudo, pouco se sabe acerca das atuações de equipes da Estratégia de Saúde da Família naquilo que condiz com a problemática de saúde mental. Dessa feita, intentou-se verificar se essas equipes observam problemas de saúde mental e se elas acompanham esses problemas. Caso as equipes estejam efetivamente acompanhando questões de saúde mental, propõe-se, então, descrever que procedimentos e orientações existem para realizar tais ações. Essas descrições permitiriam, em última instância, estabelecer em que medida as equipes da ESF definiram relações de trocas e trabalho com as equipes de saúde mental da rede formal de assistência. **Objetivo:** Descrever o acompanhamento de pessoas com problemas de saúde mental por equipes da Estratégia de Saúde da Família. **Método:** Foram utilizados dados da pesquisa quali-quantitativa de corte transversal “Condições de Acolhimento e Resolutividade de Problemas de Saúde Mental Infanto-Juvenil na Estratégia de Saúde da Família”. O campo foi constituído por cinco municípios das três Regiões Metropolitanas e do Interior do Estado de São Paulo. Foram definidos como sujeitos 823 e retidos para efeito da investigação 729 profissionais das equipes da Estratégia de Saúde da Família desses municípios. Aos sujeitos aplicou-se um questionário de tipo misto com 56 perguntas. Os dados foram ajustados de modo proporcional à representatividade numérica de cada categoria profissional. **Resultados:** os sujeitos dizem observar pessoas com problemas de saúde mental na população assistida e relatam acompanhá-los com ações de atenção à saúde mental. As orientações para tal prática ocorrem principalmente em reuniões da própria equipe. Os procedimentos previstos para o acompanhamento dessas pessoas mais mencionado é “discussão com a própria equipe”. Nas relações entre as equipes é possível inferir a existência de hierarquização e fragmentação da atenção ao sujeito. **Considerações Finais:** Os profissionais da Estratégia de Saúde da Família, voltados ao atendimento da saúde geral da população no âmbito da atenção básica, observam e acompanham pessoas com problemas de saúde mental. Seus procedimentos nesse último âmbito revelam, entretanto, vieses ligados provavelmente tanto à movimentos iniciais da história da saúde mental quanto ao investimento deficitário e não sistemático na compreensão das políticas de saúde gestadas no interior da lógica da

Reforma Psiquiátrica. A despeito disso, observa-se que o modelo de funcionamento da Estratégia de Saúde da Família, em decorrência de sua capilaridade no seio da população, mostra-se cheio de promessas para o direcionamento da atenção em saúde à problemas de saúde mental em proximidade com as necessidades da população.

Descritores: *Atenção Primária à Saúde, Acolhimento, Saúde Coletiva, Saúde Mental, Estratégias.*

ABSTRACT

BERTOLINO NETO MM. **Mental Health Attention in Family Health Strategy: a description according to the teams' view.** [Dissertation] - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

Introduction: Family Health Strategy is a possibility of following people with mental health suffering integrated to the health network which is able to facilitate, throughout user embracement, intersection actions of social inclusion. However, little is known about the Family Health Strategy teams' interventions related to mental health problems. This study aimed to verify if these workers can observe mental health problems and if they follow these problems. In case the teams are effectively dealing with mental health issues, it is proposed to describe the procedures and existing orientations to do these actions. These descriptions might permit to establish if ESF's teams do or do not do an integrated intervention with mental health teams belonging to the formal assistance network. **Objective:** describe the intervention procedures of people with mental health problems by Family Health Teams. **Method:** Data from the quali-quantitative cross-sectional study named *Epidemiologic and Social demographic characteristics of patients of the CAPSi from São Paulo state* have been used. Data were collected in five cities from the State of São Paulo – three metropolitan cities and two from the countryside. 823 workers were defined as the research subjects, but 729 professional from Family Health Strategy from these cities were considered in this study. A mixed questionnaire containing 56 questions was applied in the subjects. Data has been adjusted proportionally to each professional category. **Results:** the subjects observe mental health problems in the population assisted and follow them with mental health interventions. The orientations received to do so take place especially in team meetings. The most mentioned procedure used to follow these people is “discussion of cases with the teams”. Considering the relationship between different teams and services it is possible to infer that fragmentation of care is present as well as hierarchical relations. **Conclusion:** Professionals from Family Health Strategy, focused on general health attention of people in primary care, observe and follow people with mental health problems. Their procedures, concerning mental health reveal, however, issues probably connected with the movements presented in the early history of mental health and with the low and not continuous investments in this area according to the comprehension of health politics inserted in the context of Psychiatric Reform. Nevertheless, Family Health Strategy model, because of its potential in the middle of the population, can be considered a great promise in order to re-direct mental health problems' interventions according to people's demand.

Descriptors: *Primary Health Care, User Embracement, Public Health, Mental Health Strategies.*

ÍNDICE

Lista de Quadros	16
Lista de Tabelas.....	17
Lista de Figuras	20
APRESENTAÇÃO	21
1. INTRODUÇÃO	23
1.1 Transformações de paradigmas na Atenção à Saúde Mental	24
1.2 Da Cura à Inclusão Social	26
1.3 Atenção à Saúde Mental: Acolhimento e Redes de Cuidado.....	27
1.4 Redes de Cuidados, Território e Centros de Atenção Psicossocial	29
1.5 Estratégia de Saúde da Família e sua importância para a Saúde Mental	31
1.6 A Estratégia de Saúde da Família como proposta de atenção integral a saúde	33
2. OBJETIVOS.....	37
2.1 Objetivo geral.....	37
2.2 Objetivos específicos	37
3. MÉTODO	38
3.1 População de estudo	38
3.2 Sujeitos.....	38
3.3 Campo.....	39
3.4 Amostra	39
3.5 Procedimentos	42
3.6 Instrumentos.....	43
3.7 Análise dos Dados	43
3.8 Aspectos Éticos	44
4 Resultados e Discussão	45
4.1 Ocorrência, observação e acompanhamento de pessoas em Sofrimento Psíquico	45
4.2 Orientações para o acompanhamento de pessoas em Sofrimento Psíquico	58
4.2.1 Da existência.....	58
4.2.2 Formas de orientações recebidas.....	60
4.3 Procedimentos para o acompanhamento na ESF de pessoas com problemas de Saúde Mental	65
4.3.1 Da existência de procedimentos	65
4.3.2 Tipos de procedimento previstos	67
4.3.3 Relações entre os procedimento previstos	70
4.3.4 Observações sobre queixas de saúde mental	75
4.4 Onde acontece o tratamento	78

4.5 Discussões de tratamentos de pessoas com problemas de saúde mental com profissionais de equipes de apoio em saúde mental.	82
4.5.1 Equipes de apoio em saúde mental	82
4.5.2 Das atribuições de equipes de apoio em saúde mental	86
4.5.3 Oportunidade de discussão com equipes de apoio em saúde mental	89
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
6. REFERÊNCIAS	97
Anexos	103
Anexo 1: Ficha de Identificação dos Coordenadores de Saúde Mental	104
Anexo 2: Ficha de Identificação do Integrante de Equipe da ESF.....	105
Anexo 3: Questionário para Equipes da ESF.....	106
Anexo 3_1: Questionário para Equipes da ESF	106
Anexo 3_2: Anexo do Questionário para Equipes da ESF	112
Anexo 4: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	116
Anexo 5: Cronograma	117
Anexo 6: Orçamento	118
Anexo 7: Aprovações em Comitês de Ética em Pesquisa e Autorizações para coleta de Dados.....	119
8. Currículo Lattes	138

Lista de Quadros

Quadro 1	Organizações administrativas da saúde nas regiões pesquisadas e regiões selecionadas	41
Quadro 2	Distribuição de equipes de saúde da família e número de protocolos a serem preenchidos.	42
Quadro 3	Índice de Similaridade tabelas 5, 6 e 7	53
Quadro 4	Índice de implicação tabelas 5, 6 e 7	54

Lista de Tabelas

Tabela 1*: Frequência de observação de problemas de saúde mental na população assistida por cidade.	45
Tabela 2*: Frequência de acompanhamento do tratamento de adultos com problemas de saúde mental por cidade	47
Tabela 3*: Frequência de acompanhamento do tratamento de crianças e adolescentes com problemas de saúde mental por cidade.	48
Tabela 4*: Frequência de acompanhamento do tratamento de pessoas com problemas relacionados a álcool e outras drogas por cidade.	49
Tabela 5*: Frequência de acompanhamento do tratamento de adultos com problemas de saúde mental por categoria profissional.	50
Tabela 6*: Frequência de acompanhamento do tratamento de crianças e adolescentes com problemas de saúde mental por categoria profissional.	50
Tabela 7*: Frequência de acompanhamento do tratamento de pessoas com problemas relacionados a álcool e outras drogas por categoria profissional.	51
Tabela 8*: Frequência da existência orientação para identificar problemas de saúde mental por cidade	58
Tabela 9*: Frequência da existência orientação para identificar problemas de saúde mental por categoria profissional.	59

Tabela 10*: Frequência de respostas sobre os tipos de orientação para identificar problemas de Saúde Mental por categoria profissional.	63
Tabela 11*: Frequência de existência de Procedimentos no caso de ocorrência de problemas de saúde mental por cidade.	66
Tabela 12*: Frequência de existência de Procedimentos no caso de ocorrência de problemas de saúde mental por categoria profissional.	67
Tabela 13*: Tipos de procedimentos previstos para casos de pessoas com problemas de saúde mental por cidade	68
Tabela 14*: Classificação (de 1 a 4) da forma com a qual as observações sobre queixas de saúde mental são acolhidas pela equipe da ESF por cidade.	76
Tabela 15*: Classificação de 1 a 4 de onde acontece o tratamento de adultos com problemas de saúde mental por cidade (item a17)	79
Tabela 16*: Classificação de 1 a 4 de onde acontece o tratamento de crianças e adolescentes com problemas de saúde mental por cidade (itemq_24)	80
Tabela 17*: Classificação de 1 a 4 de onde acontece o tratamento de pessoas com problemas referentes a álcool e outras drogas por cidade (item a29)	81
Tabela 18*: Frequência de existência de equipe de apoio de saúde mental por cidade.	83
Tabela 19*: Serviços de apoio de saúde mental por cidade	84

Tabela 20*: Frequência de atribuições das equipes de apoio de saúde mental à ESF por cidade 87

Tabela 21*: Frequência de oportunidade de participar de discussões de tratamento de saúde mental com profissionais da rede de assistência por cidade. 89

Tabela 22*: Com que profissionais foram as oportunidades de participar de discussões de tratamento de saúde mental por cidade 90

Tabela 23: Com que profissionais foram as oportunidades de participar de discussões de tratamento de saúde mental por cidade 91

*dados ajustados, de modo proporcional, à representatividade numérica de cada categoria profissional existente nas equipes ESF. Resultado sintético obtido pela soma de todas as categorias profissionais, dividida pela soma dos ajustes proporcionais das categorias profissionais.

Lista de Figuras

Figura 1: Arvore de similitude por níveis tabelas 5, 6 e 7	54
Figura 2: Implicação dos dados das Tabelas 5, 6 e 7	55
Figura 3: Índice de implicação das respostas da tabela 11 (relevância > 50)	64
Figura 4: Índice de implicação das respostas da Tabela 14 (relevância > 50)	71
Figura 5: Índice de implicação das respostas da Tabela 14 (relevância > 50)	72
Figura 6: Índice de implicação das respostas da tabela 18 (relevância > 50)	77

APRESENTAÇÃO

A opção pelo tema pareceu-me uma escolha coerente com minha história recente e com as atividades que desenvolvi no aprimoramento multiprofissional. Descobri o campo da saúde mental e atenção psicossocial de forma tardia em minha graduação. Momento no qual, tinha eu a impressão, todos já discutiam o tema de forma mais avançada. Tive a oportunidade de permanecer mais um ano no município de Assis cursando o Aprimoramento, quando aprendi e visualizei a importância do trabalho interdisciplinar e a impossibilidade de se trabalhar em saúde sem uma visão integral de ser humano que implicasse uma rede de cuidados constituída.

Dei continuidade ao que me interessava no interior da psicologia em participações em pesquisas domiciliares da área da saúde, quando pude começar a aprender como funcionam as investigações científicas e os processos de coletas de dados. Constatei nesse exercício como a população (principalmente os mais vulneráveis) esta aberta e disposta a colaborar com o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), como necessita de acolhimento a sua dor e sofrimento. Via que as visitas esporádicas/ pontuais, na maioria das vezes, eram percebidas e recebidas com muita satisfação pelas comunidades e participantes.

Essas pesquisas, mencionadas acima, me levaram a conhecer o Laboratório de Saúde Mental Coletiva (LASAMEC) e, dessa forma, focar meu trabalho em pesquisa em saúde mental. Destaca-se a investigação com Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi) na qual tive uma participação bastante intensa. Nesse momento, comecei a questionar se equipamentos mais capilares e próximos da comunidade, como a Estratégia de Saúde da Família, poderiam contribuir de forma mais decisiva para o cuidado para com a pessoa em sofrimento psíquico. Nessa ocasião, fui convidado pelo Prof. Alberto Olavo Advincula Reis a trabalhar em outra pesquisa “Condições de Acolhimento e Resolutividade de Problemas de Saúde Mental Infanto-Juvenil na Estratégia de Saúde da Família” no mesmo

laboratório. Nesse contexto de atividades investigativas, as novas referências relacionadas ao tema, as discussões com o Prof. Alberto e outros membros do laboratório me estimularam a ingressar no mestrado em busca de conhecer, inicialmente, o acolhimento da pessoa em sofrimento psíquico na ESF. Dentre as diversas dificuldades que se apresentam às equipes da ESF, o acolhimento de pessoas com problemas relacionados à saúde mental parecia constituir-se em desafio de grande magnitude.

Com o desenvolvimento do trabalho e a colaboração de diversas pessoas, inclusive os membros da banca de qualificação, percebi que seria mais interessante, viável e produtivo investigar se realmente os profissionais da ESF acompanham pessoas em sofrimento psíquico no âmbito de suas ações. Caso a resposta fosse positiva como se daria, então, o acompanhamento dessas pessoas por parte das equipes da ESF (orientações, procedimentos e relações intra e interinstitucionais). Essa descrição permitiria, em última instância, situar em que medida as equipes da ESF estabelecem relações de trocas com as equipes de saúde mental da rede de assistência. Desse modo poder-se-ia apreciar o papel da ESF no âmbito das políticas de saúde mental e dar subsídios para novos estudos que avancem no entendimento da saúde mental na ESF.

A dissertação de mestrado intitulada “Atenção em Saúde Mental: identificação e acompanhamento de pessoas com problemas de saúde mental por equipes da Estratégia de Saúde da Família” descreveu como acontece o acompanhamento de pessoas em sofrimento psíquico na ESF.

1. INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica no Brasil marcou o final do século XX e início do XXI, pelo movimento de desconstrução e construção de paradigmas, repercutindo na organização dos serviços de saúde, na prevenção de agravos, no tratamento e nas concepções de promoção à saúde, obras da solidificação do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse contexto, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) surge um modelo de atenção baseado na compreensão de que a abordagem dos problemas de saúde deve se realizar, prioritariamente, no nível da atenção básica envolvendo equipes de profissionais aptos a lidar de maneira horizontalizada e tendo por foco os agrupamentos familiares.

Segundo Souza (2006), o Ministério da Saúde tem adotado a ESF como a principal estratégia para a reorganização da Atenção Básica, possibilitando o acompanhamento permanente da saúde de famílias que residem em um território específico através do vínculo das equipes com a comunidade e do estabelecimento de corresponsabilidades.

Dentre as diversas dificuldades que se apresentam às equipes da ESF destaca-se o acolhimento de pessoas em sofrimento psíquico, o que parece constituir-se em desafio persistente tanto pela magnitude dessas demandas como pela sua natureza particular. De fato, os problemas de saúde mental possuem uma importante prevalência no seio da população brasileira e mundial, tal como é mostrado tanto em dados da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) quanto do Ministério da Saúde (MS, 2010).

A despeito de diversos estudos demonstrarem a importância da atuação da ESF no âmbito da saúde mental, são praticamente inexistentes os trabalhos de natureza quantitativa que indicam como se dá o acompanhamento de pessoas em sofrimento psíquico por parte de equipes da ESF. Investigações desse tipo são importantes porque permitem uma apreensão objetiva da realidade o que, no nível descritivo em que se plasma o presente estudo oferece certamente vantagens por facultar uma visão ampla do fenômeno estudado. Descrever as formas de atenção em saúde mental oferecidas possibilitaria desvelar e elucidar a maneira pela qual as equipes se encontram habilitadas/capacitadas para lidar com essas questões. Tal

proposito possibilitaria, ainda, determinar que modelos de atenção estão sendo utilizados pelas equipes de Saúde da Família, evidenciando se a mudança, paradigmática, de modelo atenção em saúde mental alcançou a ESF. Dessa forma o presente projeto enseja caracterizar as formas de atenção em saúde mental, às pessoas com problemas de saúde mental, adotadas por equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

1.1 Transformações de paradigmas na Atenção à Saúde Mental

Segundo *Costa-Rosa* (Costa-Rosa, Luzio e Yasui, 2003, p.28) “as práticas clínicas, concebidas de acordo com o modo da clínica médica e psicológica, são meios de adaptar os indivíduos à aceitação de sua condição de objetos de violência”. O autor denuncia, nesse contexto, a relação perversa estabelecida entre os profissionais da assistência e os seus pacientes. De maneira convergente, Rotelli (2001) destaca que se faz necessária a mudança de paradigma na assistência em saúde e em saúde mental, pois:

O mal obscuro da Psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, a “doença”, da “existência global, complexa e concreta” dos pacientes e do corpo social. Sobre esta separação artificial se construiu um conjunto de aparatos científicos, legislativos e administrativos (a instituição), todos referidos à “doença”. É este conjunto que é preciso desmontar (desinstitucionalizar) para retomar o contato com aquela existência dos pacientes, enquanto “existência” doente (ROTELLI et al, 2001, p. 29-30).

O modelo de cuidados proposto para atenção em saúde mental baseia-se nos princípios da Atenção Psicossocial. Esse modelo fixa como objeto de cuidado “a pessoa que sofre” e ao fazê-lo põe em questão a noção de ‘Doença Mental’ ou o ‘Transtorno Mental’. Segundo Amarante:

“[...] colocar um ‘fenômeno’ entre parênteses representa uma importante demarcação epistemológica no âmbito da tradição do pensamento filosófico existencial: consiste na ideia de que o ‘fenômeno’ não existe em si, mas é construído pelo observador, é um constructo da ciência, e só existe enquanto inter-relação com o observador. E, portanto, se o observador, sujeito do conhecimento, constrói o ‘fenômeno’, este é parte do primeiro, é parte de sua cultura e de sua subjetividade”. (1999, p.49)

Para melhor compreender o alcance das propostas da Atenção Psicossocial há de se contextualizar as mudanças de paradigmas no interior dos quais ela se define. Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003, 36-41) dividem as mudanças de paradigmas em quatro dimensões essenciais:

1) “quanto à concepção do processo saúde doença e dos meios teóricos sustentados para lidar com esse processo...” (Costa-Rosa, Luzio e Yasui, 2003, p.36). Momento no qual é evidenciada a substituição do paradigma “doença-cura” por “existência-sofrimento”.

2) “quanto à concepção da organização das relações intra-institucionais [...]” (Costa-Rosa, Luzio e Yasui, 2003, p.37), que implica mudança nas relações intra-institucionais de verticais para horizontais.

3) “quanto à concepção das relações da instituição e seus agentes com a clientela e com a população em geral...” (Costa-Rosa, Luzio e Yasui, 2003, p.38), que remete à necessidade da desinstitucionalização das relações e ações, promovendo porosidade e possibilitando “[...] superar a organização de serviços baseados no Setor ou na Psiquiatria Comunitária” (Costa-Rosa, Luzio e Yasui, 2003, p.38).

4) “[...] quanto à concepção efetivada dos efeitos de suas ações em termos terapêuticos e éticos [...]” (Costa-Rosa, Luzio e Yasui, 2003, p.40). Dimensão essa que propõe um reposicionamento do sujeito permitindo pensar, a partir da recuperação dos direitos de cidadania e da recuperação do poder de contratualidade social, sua implicação subjetiva. Essa última entendida como “[...] capacidade do sujeito de situar-se de modo ativo frente aos conflitos e contradições que atravessa e pelos quais é atravessado” (Costa-Rosa, Luzio e Yasui, 2003, p.40).

1.2 Da Cura à Inclusão Social

O antigo modelo de assistência à saúde mental, baseado na institucionalização de pessoas com transtornos psiquiátricos, trazia consigo um conjunto de mazelas. Dentre elas, destacam-se tratamentos longos e onerosos, maus tratos, alienação e institucionalização psíquica, risco social e amputação da cidadania. A quase totalidade desses aspectos é decorrente da lógica da exclusão que rompe os laços sociais e cidadãos dessas pessoas já em situação de grande vulnerabilidade.

A Reforma Psiquiátrica, que trouxe consigo a possibilidade de inclusão de pessoas em sofrimento psíquico em um contexto dotado de sentidos social, político e existencial, foi resultado de mobilização de forças diversas que conclamaram a ação do Estado para a garantia dos direitos humanos e a geração das condições necessárias para sua realização. Para tanto, foi proposta a constituição de redes intersetoriais destinadas a atenção integral a pessoas em sofrimento psíquico em suas comunidades. A integralidade das ações impediria que, uma vez desinstitucionalizadas, ao saírem de um lugar de exclusão, elas fossem novamente excluídas em suas comunidades.

No relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental (Brasília, 2002) foi proposto que “as políticas de saúde mental devem ter como pressupostos básicos a inclusão social e a habilitação da sociedade para conviver com a diferença” (2002 p.11). O que REIS (2010) comenta:

“[...] isso porque durante muito tempo o tratamento dirigido à população que apresenta sofrimento psíquico grave e persistente era hospitalocêntrico, isolacionista e, como tal tendente à produção de exclusão de seus assistidos, apartando-os de todo processo de usufruto da cidadania. O pleno gozo das possibilidades ofertadas pelo exercício da cidadania faz parte do processo que, no Brasil, se configurou como emergência de “novos sujeitos de direito”, e que passou a envolver os portadores de sofrimento psíquico intenso e persistente.” (A.O. R 2010).

Nesse particular, Saraceno estima que “[...] a noção de inclusão pode ser compreendida como processo de reconstrução, um exercício pleno de cidadania, e também de plena contratualidade nos três grandes cenários: habitat (casa), rede social e trabalho com valor social” (Saraceno, 2001, p. 16). Assim, pode-se compreender que para desinstitucionalizar a assistência em saúde mental, deve-se romper com a herança de práticas asilares que implicam a exclusão social do sujeito e, pôr outro lado, por em relevo a participação dos usuários na comunidade e no território que os cercam. A desinstitucionalização, assim apreendida, possibilitaria o acolhimento desses cidadãos em sua condição de sujeitos de direito.

1.3 Atenção à Saúde Mental: Acolhimento e Redes de Cuidado

A noção de acolhimento recobre uma grande extensão de significados, funcionais, gerenciais, políticos, clínicos entre outros. Pode-se entendê-la, fundamentalmente, como ato de aproximar-se dos reais problemas da população sem resguardo, sem preconceitos, sem proteção, não permitindo a padronização da escuta e o simples encaminhamento de problemas de saúde. O que vai ao encontro do que afirma Ferreira citado pelo Ministério da Saúde (MS, 2009, p.22) “o acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão.” Colocando-se aqui como ponto imprescindível para o acolhimento a implicação dos profissionais da saúde com a comunidade e seus indivíduos.

O Ministério da Saúde (MS, 2006) entende “o acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde” e estima que ele “favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde”.

Já o 1º Caderno de Apoio ao acolhimento / orientações, rotinas e fluxos sob a ótica do risco / vulnerabilidade da Prefeitura do Município de São Paulo (SMS, 2004) diz que:

“[...] o *acolhimento* surge como uma estratégia para promover mudanças na organização do processo de trabalho visando ampliar o acesso à assistência integral. Propõe uma recepção técnica com escuta qualificada por profissionais da equipe de saúde, para atender a demanda espontânea que chega aos serviços, com o objetivo de identificar risco/vulnerabilidade no adoecer e, dessa forma, orientar, priorizar e decidir sobre os encaminhamentos necessários para a resolução do problema do usuário. Visa potencializar o conhecimento técnico e agregar resolutividade na intervenção dos diversos profissionais de saúde, promovendo o vínculo e a responsabilização clínica e sanitária com os usuários” (p. 7).

O acolhimento “favorece, também, a possibilidade de avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS como uma política pública essencial da e para a população brasileira” (MS, 2006, p.1). Fica clara a importância que essa noção adquire para a funcionalidade de um sistema de saúde que preconiza a promoção da saúde e a implantação de serviços mais humanizados. Para Silveira e Vieira (Silveira, DP. Vieira, ALS. 2005) “o acolhimento, enquanto agir, pode atravessar os processos relacionais em saúde, rompendo com os atendimentos tecnocráticos e criando atendimentos mais humanizados. Esse é o deslocamento fundamental operado pela noção de acolhimento. Mas torna-se clara a alta complexidade dessa forma de ação, carecendo da formação de redes de cuidado. Tais redes devem promover a atenção integral à saúde, buscando os recursos necessários às particularidades de cada comunidade e de cada indivíduo.

Redes de cuidado requerem, segundo Oliveira (2006, p 52-59), de cada profissional o compromisso diário com a dignidade humana, pois é nelas que se objetiva o regate dos valores humanos e sociais integrando as pessoas com as políticas públicas. Dessa maneira, elas estabelecem como objeto de cuidado o sujeito e a comunidade com suas necessidades e singularidades,

sem centralização do poder com estruturas piramidais (verticais e hierárquicas) intermediando as relações. Em outras palavras, a constituição de redes de cuidado pressupõe relações horizontais entre os diversos recursos, disciplinas e pessoas que a compõem. Alterando desta forma o interior de cada equipamento e seu entorno “quanto à concepção das relações da instituição e seus agentes com a clientela e com a população em geral...” (Costa-Rosa, Luzio e Yasui, 2003, p38) provocando a desinstitucionalização das relações e ações, promovendo porosidade e possibilitando o aumento das trocas com a sociedade.

A desinstitucionalização das relações permite que, além da rede formal de equipamentos de saúde, os usuários do serviço desfrutem e colaborem na construção do que Oliveira (2006, p 52-59) nomeia como estruturas informais da rede. Essas compostas por recursos e pessoas da própria comunidade.

1.4 Redes de Cuidados, Território e Centros de Atenção Psicossocial

As redes de cuidado associadas à noção de território, entendidas, por Amstalden, Hoffman e Monteiro (2010), como lugar psicossocial do sujeito atravessado em sua experiência pelas instâncias pessoais e institucionais que está inserido, nos possibilita pensar em “Redes Singulares de Cuidado”, que incluem em sua construção: recursos sociais e comunitários, ambientes públicos, privados, instituições e centralmente o próprio sujeito. Elas possibilitam aos equipamentos de atenção a saúde se tornarem equipamentos de “*porta aberta*” nos quais a comunidade se sente acolhida e parte integrante da política pública e esta parte dela.

Na perspectiva da desinstitucionalização, *porta aberta* é uma diretriz central dos serviços territoriais e um dos princípios que compõe a estratégia de produção de saúde mental comunitária, coletiva e territorial (ROTELLI, 1987; 1999). Para Rotelli (1991), a *porta aberta*, concretamente construída no processo de superação da instituição asilar, é difícil de ser codificada, apresenta diversos significados, e refere-se às formas de conhecer e interagir, à relação com a demanda e à validação das pessoas e de seus direitos, à construção do repertório da equipe e estilo de trabalho, e à organização do serviço. (ROTELLI et al., 1990, p. 38 in Nicacio et al, 2005).

Dentre esses equipamentos, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que compõem com outros serviços a rede formal de saúde, se constituem como serviços de “*porta aberta*” e ocupam uma posição estratégica na implementação das políticas públicas de saúde mental voltadas às pessoas em sofrimento psíquico. Dessa forma, eles (os CAPS) se revelam como “pontos nodais” da rede Oliveira (2006, p 52-59), ou seja, ao pensarmos em redes singulares de cuidado, os CAPS seriam parte de sua sustentação.

Os CAPS são os responsáveis, reguladores e matriciadores da rede de atenção no que tange à saúde mental. Contudo, podem ser objeto de entendimento polissêmico gerando práticas diversas. Há de se considerar que o acolhimento tal como entendido e praticado nas diversas instâncias de atenção à saúde mental deve ser devidamente compreendido para que seja um norteador das ações de cuidados efetivos, visando a autonomia dos sujeitos. Destaca-se o fato de que o atual modelo de atenção indica que as ações em saúde mental devem ser realizadas por redes de atenção intersetoriais, privilegiando atuações em equipamentos inseridos na comunidade. Fato esse que determina a implicação de todos os profissionais envolvidos na atenção ao usuário, pois, como diz Vicentin (2006, p.15), “a lógica da rede é completamente diferente da lógica do “encaminhamento””. No processo de encaminhamento, “passa-se ao outro o problema ou uma parte do problema; na rede é a dimensão do encontro e do mútuo compromisso de reverter uma dificuldade, de superar um obstáculo, que conta” (Vicentin, 2006, p.15).

Os mútuos compromissos entre os diversos serviços e profissionais, que compõem a rede singular formal de cuidado de um indivíduo ou comunidade, têm como tarefa diária buscar compreender as necessidades desses. Além disso, eles devem estar voltados ao reconhecimento dos recursos disponíveis no território singular, da pessoa ou da comunidade para gerar ações integrais de atenção a quem é acolhido. Nessa perspectiva torna-se importante a existência de equipamentos estruturantes da rede que sejam capilares que amarram a rede formal e seus pontos nodais com a rede comunitária informal.

1.5 Estratégia de Saúde da Família e sua importância para a Saúde Mental

Muito embora a saúde possa ser vista como uma trama urdida pelos fios da saúde mental, física e social, é verdade que nem sempre a saúde mental se vê contemplada de igual maneira que a saúde física.

Diante desse descompasso, os delegados da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial (2010, p.82) afirmam a necessidade da existência de espaços onde seja possível criar ações de acolhimento da comunidade e enfatizam a “[...] relevância de se garantir o cuidado em saúde mental na atenção básica, através de parcerias intersetoriais, às pessoas com transtornos mentais [...]”. Estes indicam, também, “[...] a necessidade de incluir a saúde mental como área estratégica da atenção primária, assim como de promover a integralidade das ações de saúde mental, em todos os níveis de atenção [...]” (IV CNSMI, 2010, p.82).

No intuito de possibilitar o convívio da comunidade com o sofrimento psíquico e combater a segregação da pessoa em sofrimento psíquico, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial reafirma a importância da Atenção Básica à Saúde para a rede de cuidados em saúde mental, e determina que esta última...

“[...] deve trabalhar com a lógica do território, de forma integrada aos demais serviços de saúde, fortalecendo e ampliando as ações da Estratégia Saúde da Família, Equipes de Saúde Mental na Atenção Básica e Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Para garantir o atendimento e acompanhamento das pessoas com transtorno mental, em seu próprio território, propõe-se a obrigatoriedade de equipes de Saúde Mental na Atenção Primária. Ao mesmo tempo, afirma-se a estratégia do matriciamento e a articulação dos serviços em rede como garantia para a inserção do usuário nos serviços, na perspectiva da integralidade e conforme sua necessidade.” (IV CNSMI, artigo 6).

A Conferência propõe, assim, diretrizes para a saúde mental na Atenção Básica à Saúde e demonstra a necessidade de que esta esteja integrada à rede de serviços comunitários de saúde.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é um modelo de Atenção Básica composto de equipes territoriais, comunitárias, integradas à rede de saúde. As equipes da ESF devem possuir a capacidade de trânsito na comunidade, facilitando ações intersetoriais de inclusão social de seus usuários. De acordo, ainda, com a III Conferência Nacional de Saúde Mental, (2002) deve ser garantido “[...] o acesso à educação aos portadores de transtornos mentais nas escolas públicas e privadas, realizando parceria entre as secretarias da Saúde, Educação e Ação Social [...]”. Pelos princípios que a realizam, as equipes da ESF podem ser um importante equipamento de saúde para garantir o acesso das pessoas em sofrimento psíquico aos recursos de suas comunidades.

As Equipes da ESF, por estarem inseridas nas comunidades e possuírem diretrizes condizentes com os ideais da Reforma Psiquiátrica e do modelo de Atenção Psicossocial, possivelmente apresentam potencial para serem os serviços de saúde mais adequados para garantir a integralidade das ações em saúde e o acesso das pessoas em sofrimento psíquico aos recursos de suas comunidades e à rede de serviços comunitários de saúde mental. Tal entendimento das práticas próprias da ESF vai ao encontro das preocupações de Nicacio e Campos conforme as quais

“[...] a construção dos serviços de atenção psicossociais efetivamente substitutivos e territoriais não pode ser compreendida como simples modernização do circuito assistencial e implica uma profunda transformação das relações entre as pessoas e as instituições, dos modos de pensar e fazer saúde mental e dos processos de ausência de valor social e de exclusão das pessoas com a experiência do sofrimento psíquico” (2004, p.72).

As ações das equipes da ESF conectar-se-iam e se sustentariam nos princípios da Atenção Psicossocial que Pitta (2001) relaciona “a um conjunto de medidas (programas e serviços) que se desenvolvem para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes”. Nesse mesmo sentido, a III Conferência de Saúde Mental (2002) afirma que as “[...] políticas públicas em saúde mental devem ser intersetoriais e inclusivas, com base territorial e de acordo com a realidade sociocultural de cada município [...]”. Em outras palavras, para ser viabilizado o que é proposto, pelo atual modelo de atenção em saúde mental, é necessário que existam espaços onde seja possível a atenção integral à comunidade, e que essa o reconheça como seu e o valorize como local de cuidado de seus integrantes e de suas redes sociais.

1.6 A Estratégia de Saúde da Família como proposta de atenção integral a saúde

Para se apreender a real capacidade da ESF em lidar com os problemas de saúde mental da comunidade, é condição primeira que se compreendam as formas de atenção adotadas por suas equipes, mesmo com a ressalva de que esse exercício seja condicionado ao fato de que outros equipamentos de saúde, de “maior complexidade”, estejam agregados à rede de atenção à comunidade de forma a propiciar integralidade das ações das equipes da ESF.

A atenção à saúde mental na Estratégia de Saúde da Família pode ser uma real solução para os atuais problemas de cuidado em saúde não apenas para a parcela da população que está em sofrimento psíquico intenso, mas também para a população geral. Assim como diz Souza “consideramos a Saúde da Família uma estratégia altamente potente na promoção de outros modos de relacionamento com a loucura, desconstruindo e construindo no interior das casas, na vizinhança, na comunidade, no bairro outras relações com as diferenças, permitindo ao portador de ‘doença mental’ um espaço de circulação que não aquele ‘especializado’, segregado” (2006, p.707). A atenção em saúde mental na ESF, tal como discutida aqui, mostra-se como um

dispositivo capaz de considerar e dar atenção à pessoa em sofrimento psíquico, possibilitando a todos o exercício do convívio com a diversidade e o respeito e a inclusão do diferente na comunidade. Dessa forma, a ESF contribuiria para uma sociedade mais empoderada e preparada para gerar resolutividade de seus problemas e dificuldades.

Em estudo intitulado “Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil e Estratégia de Saúde da Família: articulação das ações voltadas à saúde mental de crianças e adolescentes” Delfini (2010) trouxe uma compreensão da ligação, do vínculo, do ponto de contato entre os dois serviços, no que se refere à atenção em saúde mental infantojuvenil. E desvela que “conhecimento pessoal dos trabalhadores dos diferentes serviços é considerado como importante facilitador para articulação, no entanto, uma maior proximidade foi mencionada como necessária”.

Existem outros estudos que abordam a saúde mental na ESF, que muito contribuem para o aprofundamento do assunto, porém não abrangem a temática do presente estudo. Essas contribuições se apresentam em duas categorias de estudos: revisões e estudos de pequenos grupos.

Na categoria de trabalhos de revisões existem artigos como “Reforma Psiquiátrica e Implicações para a Família: O Papel do Enfermeiro no Programa Saúde da Família” (Macedo, FM. Et Al), “Assistência em Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família: uma Revisão de Literatura” (Junqueira, M. A. B. Pilon, S. C. A. R).e “Campo Psicossocial na Política de Saúde Mental Brasileira - Uma Análise Micropolítica da Produção do Cuidado em Saúde Mental” (Duarte M. J. O. O.) que buscam discutir os referenciais conceituais da saúde mental, da atenção psicossocial e atenção em saúde mental na atenção básica. Furlan, em “O Agente Comunitário de Saúde e a prática na atenção básica: alguns apontamentos” é um dos poucos estudos recentes que se propõem a discutir a atuação do agente comunitário de saúde na atenção básica.

No segundo grupo de estudos, o qual possui maior identidade com esta pesquisa, Antonacci e Pinho em “Saúde mental na atenção básica: uma abordagem convergente assistencial” buscaram apresentar as expectativas e anseios de uma comunidade em relação à implantação de um grupo de saúde

mental na atenção básica. No estudo “A práxis da Saúde Mental no âmbito da Estratégia Saúde da Família: contribuições para a construção de um cuidado integrado” Arce analisou as práticas de Saúde Mental na atuação das equipes da Estratégia Saúde da Família, porém trabalhou apenas com entrevistas com os profissionais da ESF que haviam participado de capacitação em Saúde Mental.

Vecchia em “Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural” analisa o sentidos pessoais e significações sociais do cuidado em saúde mental em equipes da ESF. Já Cavalcante em “Desafios do Cuidado em Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família” (2011), discutiu as práticas de cuidado em saúde mental realizadas pelos trabalhadores de saúde na ESF do município de Fortaleza - CE, o estudo crítico-reflexivo apenas explorou alguns aspectos das ações da ESF e entrevistou apenas 1 agente comunitário, centralizando nos profissionais médicos e enfermeiros. Fato que se repete em estudo de Amarante “As estratégias dos enfermeiros para o cuidado em saúde mental no programa saúde da família” que descreveu as estratégias utilizadas pelos enfermeiros das equipes da ESF na atenção a pessoas em sofrimento psíquico. No qual constatou que existe o desconhecimento do termo sofrimento psíquico por parte dos enfermeiros.

Em “Estratégias de Atendimento em Saúde Mental nas Unidades Básicas de Saúde” (Caçapava e tal, 2008) é apresentada, na visão dos gerentes de Unidades Básicas de Saúde, como as equipes se organizam para oferecer cuidados a pessoas em sofrimento psíquico. Foi constatado que existem dificuldades na articulação entre os serviços de saúde do território devido às barreiras de acesso à atenção especializada.

Possuindo como sujeitos um médico, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde, a pesquisa “Ações de cuidados relacionados ao abuso e dependências de drogas: desafio da prática do Programa Saúde da Família” (Gonçalves, 2002) demonstrou a importância do então PSF (Programa de Saúde da Família) para a prática de cuidados relacionados ao abuso e à dependência de drogas.

Figueiredo e Campos (2009) em “Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?” discutiram sobre a organização das ações de saúde mental na atenção básica de Campinas (SP), partindo da implantação do Apoio Matricial nesse município.

A despeito da importância alocada à atenção em saúde mental nas ações das equipes da ESF, são raros ou inexistentes os estudos quantitativos que buscam investigar como se dá o acompanhamento de pessoas em sofrimento psíquico por parte de equipes da ESF. Apesar da perspectiva compreensiva alcançada pelas investigações de corte qualitativo bem como pela sua capacidade de gerar hipóteses, conduta importante, sobretudo quando se explora um campo do conhecimento ainda pouco visitado, os estudos quantitativos não devem ser negligenciados. Eles têm como virtude uma apreensão mais objetiva da realidade o que, no nível descritivo em que se plasma o presente estudo, oferece certamente vantagens por facultar uma visão ampla do fenômeno estudado, podendo-se, por essa via, observar facilmente lacunas e distorções num campo em plena mutação. Essas descrições permitiriam, em última instância, estabelecer em que medida as equipes da ESF definiriam relações de trocas e trabalho com as equipes de saúde mental da rede formal de assistência. Desse modo poder-se-ia apreciar o papel, o lugar e a real importância da ESF no âmbito das políticas de saúde mental. Responder a tais preocupações constitui o objetivo dessa investigação.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Descrever o acompanhamento de pessoas com problemas de saúde mental por equipes da Estratégia de Saúde da Família.

2.2 Objetivos específicos

2.2.1 Verificar se as equipes da ESF identificam problemas de saúde mental

2.2.2 Descrever as orientações recebidas pelas Equipes da Estratégia de Saúde da Família para o acompanhamento de pessoas com problemas de saúde mental.

2.2.3 Descrever os procedimentos adotados por equipes da Estratégia de Saúde da Família para o acompanhamento de pessoas com problemas de saúde mental.

2.2.4 Descrever as relações entre equipes da Estratégia de Saúde da Família e as equipes de apoio em saúde mental.

3. MÉTODO

Estudo descritivo de corte transversal utilizando-se do conjunto dos dados, quantitativos, referentes às ações em saúde mental na ESF para o cuidado de adultos, crianças, adolescentes e usuários de álcool e outras drogas exarados nos protocolos da pesquisa intitulada CONDIÇÕES DE ACOLHIMENTO E RESOLUTIVIDADE DE PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL INFANTO-JUVENIL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) (CNPq 575238/2008-9).

3.1 População de estudo

Conjunto dos profissionais das equipes da Estratégia de Saúde da Família, presentes no Campo, definido por quatro tipos de municípios referentes às três Regiões Metropolitanas e o Interior do Estado de São Paulo.

3.2 Sujeitos

Os Profissionais das equipes de saúde da família: médicos, enfermeiros, auxiliares, agentes comunitários de saúde gerentes de UBS/ESF;

Os critérios de elegibilidade dos sujeitos foram: profissionais da saúde que trabalham em Equipes da saúde da família das cidades de São Paulo, Diadema, Praia Grande e Campinas, que representam aqui as três Regiões Metropolitanas e Interior do Estado de São Paulo (Grande São Paulo, Baixada Santista, Campinas e Interior).

3.3 Campo

O campo, definido por quatro tipos de municípios, envolve as três Regiões Metropolitanas e o Interior do Estado de São Paulo. Em sua inteira dimensão compreende: Primeira Região Metropolitana (Grande São Paulo), Segunda Região Metropolitana (Baixada Santista), Terceira Região Metropolitana (Região de Campinas) e o Interior.

Para cada um dos quatro tipos foi escolhido um município, exceção feita à Região da Grande São Paulo para a qual, em função de sua abrangência e características heterogêneas, foram escolhidos dois municípios para representá-la: um, compreendendo a própria cidade de São Paulo, e outro, a cidade de Diadema (Quadro 1).

3.4 Amostra

Foram escolhidos intencionalmente os municípios de São Paulo, Diadema (Grande São Paulo), Praia Grande (Baixada Santista) e Campinas que representam as três Regiões Metropolitanas (Grande São Paulo, Baixada Santista, Campinas) e o Interior do Estado de São Paulo (Bauru). Para representar a Região Metropolitana da Grande São Paulo foram escolhidos, de acordo com o mesmo critério, dois municípios (São Paulo e Diadema) para possibilitar expressar as grandes diferenças existentes entre a Capital e os outros municípios da Grande São Paulo.

Para a definição do plano amostral, foi realizado levantamento do número de possíveis sujeitos. Para esse fim foram utilizadas as bases de dados das Coordenações de Atenção Básica das Cidades de Praia Grande, São Paulo, Campinas, Diadema e Bauru, constante dos respectivos sites oficiais das prefeituras e do Ministério da Saúde (consultados em 2009).

A partir desse levantamento, foi constatado que nas cidades de Campinas e São Paulo existem cinco regiões administrativas de saúde, perfazendo, para efeito da investigação, um total de 10 regiões administrativas de saúde. Nos demais municípios existem apenas uma região administrativa de saúde por cidade, totalizando 13 regiões administrativas de saúde.

Utilizou-se a técnica de amostragem probabilística (SILVA, 1998) para a seleção das Regiões Administrativas da Saúde e das Equipes de Saúde da Família, com a qual, a partir da amostra, se pode generalizar as características da população de indivíduo Equipes de Saúde da Família e torná-las universais, ou seja, expandir os dados da amostra para o conjunto desses indivíduos. Desta maneira, o plano amostral da pesquisa será uma amostragem em dois estágios, descritos a seguir:

- I. Estágio 1 (amostragem por estratos): estratificação por região metropolitana e sorteio das regiões administrativas de saúde.
- II. Estágio 2 (amostragem por conglomerado): seleção de representantes das categorias profissionais das equipes de saúde da família, sorteadas em cada município. Tendo sido selecionados 100% dos gerentes, 100% dos médicos, 100% dos enfermeiros, 50% dos auxiliares de enfermagem e 50% dos agentes comunitários de saúde de cada equipe (sendo os dois últimos selecionados aleatoriamente). Essa proporção foi estabelecida tendo em vista a composição média prevista das equipes da ESF (1 gerente, 1 médico, 1 enfermeiro, 2 auxiliares de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde).

O tamanho amostral foi calculado com base na porcentagem de transtornos mentais de São Paulo, com erro amostral assumido em 3% e com intervalo de confiança de 95%, de uma população de agentes comunitários de saúde, médicos, enfermeiros e os auxiliares de enfermagem. O tamanho da amostra estimada de profissionais de saúde que trabalham em equipes de saúde da família será, posteriormente, corrigido para população finita à qual serão acrescidos em 15%, considerada a possibilidade de perda.

Foram selecionadas sete regiões administrativas, dentre as 13 regiões administrativas de saúde das cidades escolhidas (tabela 2).

Quadro 1: Organizações administrativas da saúde nas regiões pesquisadas e regiões selecionadas

Região	Área	Cidade Representante	Regiões Administrativas de Saúde	Regiões Administrativas de Saúde Selecionadas*
Primeira Região Metropolitana	Grande São Paulo	São Paulo	Centro-oeste	1
			Leste	0
			Norte	0
			Sudeste	1
			Sul	0
		Diadema	Única	1
Segunda Região Metropolitana	Baixada Santista	Praia Grande	Única	1
Terceira Região Metropolitana	Região de Campinas	Campinas	Leste	0
			Norte	1
			Noroeste	0
			Sudoeste	1
			Sul	0
Interior	Interior	Bauru	Única	1

* 0 = Não Selecionada, 1 = Selecionada.

O município de Praia Grande conta com 51 Equipes de Saúde da Família - ESF – (representa a área da Baixada Santista); em São Paulo há 1088 ESF e o município de Diadema conta com 67 ESF (representam a área da Grande São Paulo); o Município de Bauru compreende sete ESF (representa a área do Interior); o município de Campinas possui 129 ESF (representa a área da Grande Campinas) (Quadro 2).

Quadro 2: Distribuição de equipes de saúde da família e número de protocolos a serem preenchidos.

Município	Total de Equipes de Saúde da Família (ESF)	Número de equipes PSF Selecionadas	Número de Protocolos previstos	Número de Protocolos preenchidos
Praia Grande	51	5	35	33
São Paulo	1088	98	638	580
Diadema	67	6	49	40
Campinas	129	12	86	69
Bauru	7	1	9	7
Total	1339	120	817	729

O número de equipes foi selecionado em função do número total de equipes de saúde da família existentes em cada município.

3.5 Procedimentos

O trabalho em campo foi realizado com entrevistadores que foram treinados e receberam suporte de supervisores de campo.

Um Pré-teste foi realizado em uma população em condições semelhantes à população do estudo com a finalidade de verificar se os instrumentos atenderiam às necessidades da pesquisa em termos de sua operacionalidade, fidedignidade e validade.

As equipes da ESF foram abordadas por entrevistadores da Faculdade de Saúde Pública, com a facilitação do acesso por parte dos gestores locais. O agendamento de entrevistas foi realizado com as equipes conforme a disponibilidade dos participantes.

3.6 Instrumentos

Na pesquisa em questão foram utilizados dois instrumentos: um formulário com perguntas dirigidas e uma entrevista.

Os membros das equipes da ESF responderam individualmente a um formulário que foi preenchido pelo entrevistador. “A aplicação do formulário amplia a possibilidade de participação da população entrevistada, dando voz a todos os profissionais e permitindo uma avaliação mais sistematizada das respostas” (REIS, AOA 2009).

As entrevistas foram realizadas com os coordenadores de Saúde Mental municipais e, nos municípios onde existiam coordenadorias regionais (São Paulo e Campinas), com os coordenadores regionais de Saúde Mental (das regiões selecionadas). As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas.

3.7 Análise dos Dados

A presente investigação utiliza-se de dados oriundos de pesquisa quanti-qualitativa. Os dados quantitativos foram tratados e analisados utilizando os aplicativos Classificação Hierárquica Implicativa e Coesiva (CHIC), EXCEL, STATA destinados, respectivamente, à análise de similitude e implicação, descrição estatística e cruzamento de dados. Os dados foram previamente ajustados, de modo proporcional, à representatividade numérica de cada categoria profissional ou cidade, conforme necessidade ou enfoque da análise. Finalmente, os resultados sintéticos foram obtidos pela soma de todas as categorias profissionais, dividida pela soma dos ajustes proporcionais.

3.8 Aspectos Éticos

O projeto foi submetido e aprovado no comitê de ética em pesquisa da Faculdade de Saúde Pública.

A pesquisa CONDIÇÕES DE ACOLHIMENTO E RESOLUTIVIDADE DE PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL INFANTO-JUVENIL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) (CNPq 575238/2008-9), que será a base de dados, obteve a aprovação dos comitês de ética em pesquisa da Faculdade de Saúde Pública e das Secretarias da Saúde municipais dos equipamentos de saúde envolvidos. E foi garantida a confidencialidade, sigilo e participação voluntária, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi assinado pelos sujeitos da pesquisa e pelo pesquisador responsável.

4 Resultados e Discussão

4.1 Ocorrência, observação e acompanhamento de pessoas em Sofrimento Psíquico

Considerando a importância da Estratégia de Saúde da Família (ESF) para a atenção em saúde e saúde mental da população, apresentaremos os dados referentes a observação e existência de acompanhamento de pessoas com problemas de saúde mental da população assistida. Para tanto, foram trabalhadas duas perguntas: Os profissionais da ESF observam pessoas com problemas de saúde mental da população assistida? No caso de identificarem, elas atualmente acompanham essas pessoas?

A tabela 1 indica frequência de observações de problemas de saúde mental na população assistida por cidade. Dentre os quais 722 entrevistados (N=729) dizem observar pessoas com problemas de saúde mental na população assistida por eles.

Tabela 1*: Frequência de observação de problemas de saúde mental na população assistida por cidade.**

cidade	Não	Sim	N/S- N/R	Total Geral
São Paulo	0,69	98,79	0,52	100
Diadema	0	100	0	100
Campinas	0	100	0	100
Bauru	0	100	0	100
Praia Grande	0	100	0	100
Total Geral	0,62	98,92	0,46	100

*dados ajustados, de modo proporcional, à representatividade numérica de cada categoria profissional existente nas equipes ESF. Resultado sintético obtido pela soma de todas as categorias profissionais, dividida pela soma dos ajustes proporcionais das categorias profissionais.

** Pearson P = 0.770

Os profissionais da ESF tem alta percepção de problemas de saúde mental na população, estando atentos a essa problemática. Os entrevistados que não responderam afirmativamente a essa questão trabalhavam no município de São Paulo, representando apenas 1,21% da amostra. Dentre os agentes comunitários (N=337) de saúde, 98% (n=331) observaram problemas de saúde mental na população que assistiam. Os Auxiliares de Enfermagem (n=337), responderam afirmativamente à questão em 99% dos casos, constando apenas um profissional que disse não observar problemas de saúde mental. Nas categorias profissionais Enfermeiros (N=113), médicos (97) e gerentes (65), a totalidade dos entrevistados observam problemas de saúde mental na população de sua área de abrangência.

As equipes da ESF observam pessoas com problemas de saúde mental na população para a qual oferecem cuidados em saúde. Fato que ressalta a importância de responder a pergunta: Os profissionais de equipes da ESF acompanham o tratamento de pessoas em sofrimento psíquico?

Nesta pesquisa será considerado - “acompanhar o tratamento de pessoas com problemas de saúde mental” - o ato de realizar alguma ação que vise, segundo o entrevistado, contribuir para o acolhimento da pessoa em sofrimento psíquico.

A tabela 2 mostra que a maioria dos profissionais refere acompanhar o tratamento em saúde mental de adultos da ESF.

Tabela 2*: Frequência de acompanhamento do tratamento de adultos com problemas de saúde mental por cidade.**

Cidade	Não	Sim	N/S-N/R	Total Geral
São Paulo	16,73	82,93	0,34	100
Diadema	17,5	82,5	0	100
Campinas	23,19	76,81	0	100
Bauru	28,57	71,43	0	100
Praia Grande	39,39	60,61	0	100
Total Geral	19,47	80,19	0,34	100

*dados ajustados, de modo proporcional, à representatividade numérica de cada categoria profissional existente nas equipes ESF. Resultado sintético obtido pela soma de todas as categorias profissionais, dividida pela soma dos ajustes proporcionais das categorias profissionais.

**Pearson P = 0.020

A tabela 2 indica as diferenças entre o acompanhamento de adultos com problemas de saúde mental nos municípios participantes do estudo. Podemos dividi-las em três grupos de cidades a grande São Paulo (São Paulo e Diadema) que possuem resultados iguais, Campinas e Bauru que possuem resultados próximos e isoladamente Praia Grande com o menor índice de acompanhamento declarado.

A tabela 3 apresenta os dados referentes ao acompanhamento de crianças e adolescentes com problemas de saúde mental.

Tabela 3*: Frequência de acompanhamento do tratamento de crianças e adolescentes com problemas de saúde mental por cidade**.

Cidade	Não	Sim	Total Geral
São Paulo	32,41	67,59	100
Diadema	32,5	67,5	100
Campinas	44,93	55,07	100
Bauru	39,29	60,71	100
Praia Grande	45,45	54,55	100
Total Geral	35,65	64,35	100

*dados ajustados, de modo proporcional, à representatividade numérica de cada categoria profissional existente nas equipes ESF. Resultado sintético obtido pela soma de todas as categorias profissionais, dividida pela soma dos ajustes proporcionais das categorias profissionais.

**Pearson P= 0.166

Dos profissionais entrevistados 64% dizem acompanhar o tratamento de saúde mental de crianças e adolescentes (tabela 3). Comparando os dados da tabela 2 (acompanhamento do tratamento de saúde mental de adultos) existe uma diferença de 15,84 pontos percentuais.

A tabela 4 (abaixo) apresenta dados semelhantes a tabela 3, porém eles dizem respeito ao acompanhamento de pessoas com problemas relacionados a álcool e outras drogas.

Tabela 4*: Frequência de acompanhamento do tratamento de pessoas com problemas de saúde mental relacionados a álcool e outras drogas por cidade.**

Cidade	Não	Sim	N/S-N/R	Total Geral
São Paulo	32,93	66,9	0,17	100
Diadema	37,5	62,5	0	100
Campinas	37,68	62,32	0	100
Bauru	39,29	60,71	0	100
Praia Grande	39,39	57,58	3,03	100
Total Geral	34,94	64,74	0,32	100

*dados ajustados, de modo proporcional, à representatividade numérica de cada categoria profissional existente nas equipes ESF. Resultado sintético obtido pela soma de todas as categorias profissionais, dividida pela soma dos ajustes proporcionais das categorias profissionais.

** Pearson P = 0.718

Essas diferenças também evidenciadas na tabela 4, apontam para a possível existência de maior visibilidade dos problemas de saúde mental de adultos. Os dados das tabelas 2, 3 e 4 apresentam a frequência com que os profissionais da ESF fazem alguma ação em saúde mental. Em pesquisa efetuada em 2001, o Ministério da Saúde (2001) aponta que 56% das equipes de ESF afirmavam realizar alguma ação em saúde mental junto à população. Contudo, a pesquisa do Ministério da Saúde utilizou-se de metodologia diferente, impedindo que seja afirmado que tenha ocorrido aumento significativo de equipes que realizam alguma ação em saúde mental. Porém, indica a necessidade de que seja novamente verificado esse acompanhamento podendo assim confirmar o que esta pesquisa aponta: o aumento de equipes e profissionais da ESF que referem realizar ações em saúde mental no acompanhamento da população assistida.

A tabela 5 utiliza a mesma pergunta da tabela 2, porém classifica as respostas por categoria profissional.

Tabela 5*: Frequência de acompanhamento do tratamento de adultos com problemas de saúde mental por categoria profissional**.

Cidade	Não		Sim		N/S-N/R		Total Geral	
	n	%	n	%	N	%	N	%
Agente Comunitário de Saúde	59	17,51	278	82,49	0	0,00	337	100,00
Auxiliar de Enfermagem	39	33,33	76	64,96	2	1,71	117	100,00
Enfermeiro	10	8,85	103	91,15	0	0,00	113	100,00
Médico	5	5,15	92	94,85	0	0,00	97	100,00
Gerente	22	33,85	43	66,15	0	0,00	65	100,00
Total Geral*	19,47		80,19		0,34		100,00	

*dados ajustados, de modo proporcional, à representatividade numérica de cada categoria profissional existente nas equipes ESF. Resultado sintético obtido pela soma de todas as categorias profissionais, dividida pela soma dos ajustes proporcionais das categorias profissionais.

** Pearson P = 0.000

A tabela 6 utiliza a mesma pergunta da tabela 3, porém classifica as respostas por categoria profissional.

Tabela 6*: Frequência de acompanhamento do tratamento de crianças e adolescentes com problemas de saúde mental por categoria profissional.**

Cidade	Não		Sim		Total Geral	
	n	%	n	%	N	%
Agente Comunitário de Saúde	113	33,53	224	66,47	337	100,00
Auxiliar de Enfermagem	63	53,85	54	46,15	117	100,00
Enfermeiro	26	23,01	87	76,99	113	100,00
Médico	21	21,65	76	78,35	97	100,00
Gerente	27	41,54	38	58,46	65	100,00
Total Geral*	35,65		64,35		100,00	

*dados ajustados, de modo proporcional, à representatividade numérica de cada categoria profissional existente nas equipes ESF. Resultado sintético obtido pela soma de todas as categorias profissionais, dividida pela soma dos ajustes proporcionais das categorias profissionais.

** Pearson P = 0.000

A tabela 7 utiliza a mesma pergunta da tabela 4, porém classifica as respostas por categoria profissional.

Tabela 7*: Frequência de Acompanhamento do tratamento de pessoas com problemas relacionados a álcool e outras drogas por categoria profissional**

Cidade	Não		Sim		N/S-N/R		Total Geral	
	n	%	N	%	n	%	N	%
Agente Comunitário de Saúde	108	32,05	228	67,65	1	0,30	337	100,00
Auxiliar de Enfermagem	59	50,43	57	48,72	1	0,85	117	100,00
Enfermeiro	33	29,20	80	70,80	0	0,00	113	100,00
Médico	19	19,59	78	80,41	0	0,00	97	100,00
Gerente	29	44,62	36	55,38	0	0,00	65	100,00
Total Geral*		34,94		64,74		0,32		100,00

*dados ajustados, de modo proporcional, à representatividade numérica de cada categoria profissional existente nas equipes ESF. Resultado sintético obtido pela soma de todas as categorias profissionais, dividida pela soma dos ajustes proporcionais das categorias profissionais.

**Pearson P = 0.000

As tabelas 5, 6 e 7 apontam que há diferenças de frequência de acompanhamento entre as categorias profissionais. E ao considerar que todas as equipes pesquisadas possuíam pelo menos um profissional enfermeiro em sua equipe, a frequência de respostas afirmativas desses alcança proporção de 91,15% (Tabela 5). Dessa forma, sabe-se que pelo menos 91.15% das equipes de ESF possuem um de seus profissionais que acompanha tratamentos de pessoas com problemas relativos saúde mental. Já os dados da pesquisa do Ministério da Saúde (2001) indicam que 56% das equipes de ESF afirmavam realizar alguma ação em saúde mental junto à população.

As tabelas 5, 6, e 7 mostram que a categoria profissional “Auxiliar de Enfermagem” é a que menos acompanha o tratamento de pessoas com problemas de saúde mental.

Em estudo (Silva, 2005), em um município de grande porte da Bahia, constatou-se que o “Auxiliar de Enfermagem” da ESF se integrava menos com a equipe do que os demais profissionais (médico, enfermeiro e Agente Comunitário de Saúde). Silva indica que o profissional “auxiliar de enfermagem” relaciona-se mais com o profissional médico e a enfermeiro da equipe, mas essa integração deve-se a dúvidas relacionadas a ações de triagem e de atendimentos pontuais. A fragilidade na integração desses profissionais nas ações de acompanhamento pode sugerir que esses profissionais ainda trabalham em um modelo que concentra o “poder” nos profissionais da área biomédica. A pesquisa de Silva (2005) apontou o Agente Comunitário de

Saúde como o profissional que mais produz ações de interação com os demais profissionais da equipe e desses com a comunidade. Pode-se indagar quais os predicados, que lhes sendo próprios, facilitariam ou induziriam tais características interativas. Contudo, a exploração desse veio, certamente rico, se coloca fora do escopo mais restrito da presente investigação.

Os dados das tabelas acima nos oferecem uma visão geral de quantas equipes e quantos profissionais da ESF acompanham adultos, crianças e adolescentes com problemas de saúde mental e pessoas com problemas relacionado a álcool e outras drogas. Para a melhor compreensão, por meio da análise de similitude e de implicação dos mesmos dados foi possível estabelecer relações entre as respostas.

Para estabelecer relações entre as diferentes tabelas foi utilizada a análise de similitude¹ (Quadro 3 e Gráfico 1) e de implicação² (Quadro 4 e Gráfico 1).

¹ A similaridade se define a partir do cruzamento do conjunto V das variáveis com um conjunto E de sujeitos (ou de objetos). Este tipo de análise permite ao usuário estudar e depois interpretar, em termos de tipologia e de semelhança (e não semelhança) decrescente, classes de variáveis, constituídas significativamente a certos níveis da árvore e se opondo a outros nestes mesmos níveis (Couturier R.; Bodin RG, 2004). A similaridade é representada pelo Chic em uma escala de 0 a 100, sendo significativa uma taxa =50 ou >50.

² A análise implicativa se define a partir do “cruzamento de um conjunto de variáveis V e de um conjunto de sujeitos E. No caso prototípico das variáveis binárias, queremos dar um sentido estatístico a expressões como: “quando se observa sobre um sujeito de E a variável a, em geral observa-se a variável b”. Trata-se então de procurar um modelo estatístico de uma quase implicação do tipo: “Se a então quase b”, a implicação lógica estrita sendo raramente satisfeita. A esta quase implicação é associada semanticamente uma **regra**, um tipo de teorema que liga uma premissa e uma conclusão. Vemos assim a diferença entre o método de análise de similaridades que é simétrico e o método implicativo que é, por essência, não simétrico”. (COUTURIER R.; Bodin RG, 2004). A implicação é representada pelo Chic em uma escala de 0 a 1, sendo significativa uma taxa =0,50 ou >0,50.

Quadro 3: Índice de Similaridade tabelas 5, 6 e 7

		Adulto			Criança / Adolescente		Álcool e outras Drogas		
		Não	Sim	Não Sabe	Não	Sim	Não	Sim	Não Sabe
Adulto	Não	1,00	0,00	0,27	1,00	0,00	1,00	0,00	0,85
	Sim	0,00	1,00	0,10	0,00	0,99	0,00	1,00	0,31
	Não Sabe	0,27	0,10	1,00	0,20	0,73	0,95	0,13	0,47
Criança / Adolescente	Não	1,00	0,00	0,20	1,00	0,00	1,00	0,00	0,65
	Sim	0,00	0,99	0,73	0,00	1,00	0,00	1,00	0,39
Álcool e outras Drogas	Não	1,00	0,00	0,95	1,00	0,00	1,00	0,00	0,20
	Sim	0,00	1,00	0,13	0,00	1,00	0,00	1,00	0,13
	Não Sabe	0,85	0,31	0,47	0,65	0,39	0,20	0,13	1,00

No quadro 3, em escala de 0 a 1 (relevância > 0,50), é apresentada a similaridade entre as respostas apresentadas anteriormente.

A Figura 1 ilustra a mesma similaridade do quadro 3, mas estratificada por níveis.

Figura 1: Arvore de similitude por níveis tabelas 5, 6 e 7

O Quadro 4 apresenta o índice de implicação, em escala de 0 a 100 (relevância > 50), entre as respostas. Sugerindo que o profissional que refere acompanhar pessoas com problemas de saúde mental de um grupo, tende a acompanhar os demais grupos.

Quadro 4: Índice de implicação tabelas 5, 6 e 7

		Adulto			Criança / Adolescente		Álcool e outras Drogas		
		Não	Sim	Não Sabe	Não	Sim	Não	Sim	Não Sabe
Adulto	Não	0	0	49	100	0	100	0	52
	Sim	0	0	47	0	100	0	100	49
	Não Sabe	22	0	0	15	50	73	3	32
Criança / Adolescente	Não	100	0	48	0	0	100	0	51
	Sim	0	100	51	0	0	0	100	49
Álcool e outras Drogas	Não	100	0	53	100	0	0	0	48
	Sim	0	100	48	0	100	0	0	48
	Não Sabe	48	6	32	38	15	15	3	0

O interesse da Figura 2 é o de exprimir o sentido da relação de implicação entre as categorias de resposta e tornar visível a separação dos profissionais em dois grupos distintos no interior da ESF.

Figura 2: Implicação dos dados das Tabelas 5, 6 e 7

O grupo 1 de profissionais (Gráfico 2) tende a referir que acompanha o tratamento de todas as categorias de pessoas (adultos, crianças/adolescentes, usuários de álcool e outras drogas) com problemas de saúde mental, ao passo que o grupo 2 tende a dizer que não acompanha nenhum tratamento de pessoa com problema de saúde mental. O mesmo gráfico aponta que no grupo 1 referir acompanhar pessoas com problemas relacionados a álcool e outras drogas ou de crianças e adolescentes implica também acompanhar adultos com problemas de saúde mental.

Com os dados de similitude e implicação, apresentados acima, fica evidenciado, em termos lógicos, que:

- Quando um profissional da ESF disse acompanhar o tratamento de saúde mental de crianças e adolescentes e/ou relacionados a álcool e outras drogas, provavelmente, referiu acompanhar adultos.

- Quando um profissional da ESF afirma acompanhar o tratamento de adultos com problemas de saúde mental não necessariamente alegou acompanhar crianças e adolescentes ou pessoas com problemas relacionados a álcool e outras drogas.
- O profissional que disse não acompanhar o tratamento de adultos com problemas de saúde mental, provavelmente referiu não acompanhar o tratamento de saúde mental de crianças e adolescentes e/ou relacionados a álcool e outras drogas.
- Quando um profissional da ESF afirmou não acompanhar o tratamento de crianças e adolescentes com problemas de saúde mental e/ou pessoas com problemas relacionados a álcool e outras drogas, existe a possibilidade dele ter dito acompanhar o tratamento de adultos com problemas de saúde mental.

Em suma, quando se fala em álcool e outras drogas, como uma das variáveis, identificadoras de problemas de saúde mental, há um curto circuito de significação de tal forma que acompanhar problemas de álcool e outras drogas torna-se sinônimo de acompanhamento de problemas mentais de adultos. De modo análogo, quando o profissional diz que acompanha problemas de saúde mental de crianças e adolescentes fica implícito para ele que esse acompanhamento se estende também aos adultos. Nesses dois casos, tanto o significante “álcool e outras drogas” quanto o significante “crianças e adolescentes” se mostram como parte de um universo de referencia mais amplo que envolve sempre os “adultos”. Seria interessante aprofundar a análise desse processo de metonimização presente no discurso dos profissionais. Mas tal análise, em sua inteireza, nos afastaria dos objetivos da presente investigação. Contudo pode-se avançar, a guisa de incentivo para estudos posteriores, algumas considerações.

Assim, uma vez que a implicação estabelece relação entre relatos iniciais e aparentemente isolados, ela sugere que a atenção em saúde mental

às crianças e adolescentes e às pessoas com problemas com álcool e outras drogas possuem uma semelhança: a atenção à saúde mental de adultos.

Delfini (2010) apresenta dados que vão ao encontro daqueles aqui apresentados. A autora indica que, apesar de sua pesquisa como um todo se referir à saúde mental de crianças e adolescentes, as especificidades desse grupo foram pouco mencionadas principalmente quando as respostas partiam de profissionais da ESF, sendo raros os que mencionavam diferenças entre as articulações com os CAPSi e com os demais CAPS.

Essa relação estabelecida pode possuir sua origem na inexistência de redes de cuidado, em saúde e saúde mental, voltadas ao acolhimento de crianças e adolescentes com problemas de álcool e outras drogas. Essa ausência ocorre no nível organizacional da rede, espelhando certa cegueira dos formuladores de políticas públicas acerca das especificidades da saúde infantojuvenil. Dessa forma, a organização da rede ao refletir a visão dos formuladores de políticas públicas, indicaria que eles desconhecem que os problemas relacionados a álcool e outras drogas não são necessariamente problemas exclusivos de adultos. Por outro lado, quando tais problemas ocorrem no contexto do universo infanto-juvenil eles adquirem uma significação especial e particular não podendo ser reduzidos a uma denominação abstrata que indiferenciaria e apagaria as particularidades dos universos (infantojuvenil, adultos ou outros) em que se dariam.

Em outros termos, as relações indicam que provavelmente problemas de saúde mental quando relacionados a álcool e outras drogas que ocorrem no contexto infantojuvenil são desenraizados de seu universo primário (infantojuvenil) e considerados a partir de sua essencialidade abstrata (álcool e outras drogas).

4.2 Orientações para o acompanhamento de pessoas em Sofrimento Psíquico

4.2.1 Da existência

No capítulo anterior foi caracterizado que as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), acompanham o tratamento de pessoas com problemas de saúde mental. Mas esse acompanhamento é feito de modo espontâneo ou há orientações destinados a acompanhar? Em outros termos, em que medida há orientações capazes de dar sustentação às ações realizadas, no plano da saúde mental, pelas equipes da ESF? Tais perguntas se articulam com o segundo objetivo do presente estudo: identificar, a existência de orientações e procedimentos para acompanhar pessoas com problemas de saúde mental em Equipes da Estratégia de Saúde da Família.

A tabela 8 apresenta a frequência da existência de orientação para identificar problemas de saúde mental na população assistida pelas diversas equipes do estudo.

Tabela 8*: Frequência da existência orientação para identificar problemas de saúde mental por cidade

cidade	Não	Sim	N/S- N/R	Total Geral
São Paulo	29,31	70,17	0,52	100,00
Diadema	0,00	100,00	0,00	100,00
Campinas	20,29	78,26	1,45	100,00
Bauru	17,86	82,14	0,00	100,00
Praia Grande	72,73	27,27	0,00	100,00
Total Geral	29,28	70,09	0,63	100,00

*dados ajustados, de modo proporcional, à representatividade numérica de cada categoria profissional existente nas equipes ESF. Resultado sintético obtido pela soma de todas as categorias profissionais, dividida pela soma dos ajustes proporcionais das categorias profissionais.

**Pearson P= 0.000

Os dados apresentados na tabela 8 revelam que apesar de 99% (tabela 1) dizerem observar problemas de saúde mental na população assistida, o relato da existência de orientação para realizar tal observação não alcança a mesma porcentagem: índice 70,09% na média ajustada dentre os municípios. Destaca-se o município de Diadema, onde todos seus profissionais responderam afirmativamente o questionamento, e o município Praia Grande localidade onde apenas 27,27% dos entrevistados referem receber tais orientações.

Ao se confrontarem os dados da tabela 8 com os da tabela 2 (que apresentam os maiores índices de acompanhamento), depara-se com um cenário diferente no qual os profissionais de todos os municípios, a exceção de Praia Grande, possuem maior proporção de relatos de orientação para acompanhar pessoas com problemas de saúde mental do que os profissionais que relatam efetivamente realizar tal ato.

A tabela 9 utiliza a mesma pergunta da tabela 8, porém, naquela, os dados estão organizados segundo a categoria profissional.

Tabela 9*: Frequência da existência orientação para identificar problemas de saúde mental por categoria profissional**.

Profissional	Não		Sim		N/S-N/R		Total Geral	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Agente Comunitário de Saúde	103	30,56	231	68,55	3	0,89	337	100,00
Auxiliar de Enfermagem	38	32,48	78	66,67	1	0,85	117	100,00
Enfermeiro	29	25,66	84	74,34	0	0,00	113	100,00
Médico	31	31,96	66	68,04	0	0,00	97	100,00
Gerente	8	12,31	57	87,69	0	0,00	65	100,00
Total Geral*	29,28		70,09		0,63		100,00	

*dados ajustados, de modo proporcional, à representatividade numérica de cada categoria profissional existente nas equipes ESF. Resultado sintético obtido pela soma de todas as categorias profissionais, dividida pela soma dos ajustes proporcionais das categorias profissionais.

Pearson P = 0.019

A organização dos dados por categoria profissional reside no interesse em se verificar se as orientações recebidas seriam restritivas a um determinado tipo de profissional ou se espelharia uma política mais geral que envolveria a atuação das equipes. Os profissionais que mais referem receber tais orientações são os gerentes, que possuem a responsabilidade (dentre outras)

de organizar e orientar as equipes. Porém as demais categorias possuem taxas inferiores, indicando possivelmente a existência de distanciamento entre a gerência do serviço e a execução do mesmo. De toda maneira, não se pode excluir a compreensão de que os “gerentes” uma vez “orientados” seriam agentes multiplicadores de orientações no âmbito das equipes. De toda maneira, no caso do município de Diadema o conjunto dos profissionais das equipes da ESF recebe orientação de acompanhamento de problemas de saúde mental.

Entretanto, quando se tem em perspectiva o conjunto dos municípios, novamente transparece que o profissional com a menor proporção de respostas positivas quanto ao recebimento de orientação é o auxiliar de enfermagem (65% tabela 5, 46% tabela 6 e 49% tabela 7). Trata-se, portanto, de um tipo de trabalhador, no interior da equipe da ESF, que menos acompanha e menos recebe orientação de acompanhamento. Reside aí uma questão cuja solução vai além das possibilidades da presente investigação e que se configura como um dilema: pouco acompanha porque pouco recebe orientação ou pouco recebe orientação porque pouco acompanha? De todo modo, esse profissional ocupa um lugar na equipe a ser melhor deslindado.

4.2.2 Formas de orientações recebidas

Tanto quanto identificar se os profissionais da ESF recebem orientações para acompanhar pessoas com problemas de saúde mental torna-se igualmente importante verificar a forma pelas quais as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) são orientadas. As formas podem eventualmente revelar a qualidade, a pertinência ou abrangência das orientações recebidas bem como podem fornecer preciosos indícios para o entendimento das relações intra e interinstitucionais, a saber, das relações dos profissionais no interior da equipe e dessa com outras instâncias da rede de saúde. Na tabela 10, são apresentados dados referentes às formas pelas quais os profissionais da ESF são orientados a acompanhar pessoas em sofrimento psíquico.

Os entrevistados referem em 37% dos casos que recebem essas orientações em reuniões da própria equipe. Tal dado indicaria que em cerca de 1/3 dos casos a equipe se mostra autossuficiente. Por outro lado, tal como aventado acima é possível que as orientações recebidas em reuniões da própria equipe sejam dadas por alguns tipos de profissionais, a saber, o gerente enquanto multiplicador ou correia de transmissão de orientações exógenas e/ou o médico, portador de um “saber destacado”. O fato do profissional médico que apresenta a menor taxa (25,77%) de recebimento de orientação em reunião de equipe ofereceria indícios que corroborariam para a pertinência dessa consideração.

Dentre as possibilidades oferecidas de orientação “Treinamento e capacitação” é a segunda variável mais citada (20%). No seu interior, os auxiliares de enfermagem são aqueles que menos recebem esse tipo de orientação (9,40%), remetendo novamente à questão anterior: pouco acompanha porque pouco recebe orientação ou pouco recebe orientação porque pouco acompanha?

A terceira resposta mais citada “Matriciamento e Discussão com o Núcleo de Apoio a Estratégia de Saúde da Família (NASF)” (18%). Os “Agentes Comunitários” (13,06%) e Auxiliares de Enfermagem (17,09%) são os profissionais que menos dizem receber esse tipo de orientação. A discussão com profissional especializado é referida por 11% dos membros de equipes da ESF entrevistados destacando-se os Enfermeiros (19,47%) e os Gerentes (24,62%).

Os gerentes aparecem como os profissionais que mais relatam receber orientações de equipes e profissionais de outros equipamentos: “Discussão com profissional especializado” 24,62%, “Discussão com profissional do CAPS” 16,92%, “Matriciamento e ou discussão com NASF” 38,46%, “Reunião com profissional da UBS de apoio” 4,62%. Quando se cotejam esses dados com o conjunto dos dados da tabela 10 vê-se que o gerente é o que mais declara receber orientações de modos mais diversificados para acompanhar pessoas com problemas de saúde mental. Esse leque mais amplo de modalidades de orientações recebidas indicaria uma possível hierarquização das relações intra e interinstitucionais.

Delfini (2010) aponta a existência de reuniões gerenciais CAPS e ESF como única forma contato entre as duas equipes e a presença de “hierarquia de papéis”, na qual os gerentes surgem como os atores que tomam as decisões. Como Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003) sugerem uma das mudanças paradigmáticas exigidas para a implantação da atenção psicossocial é a horizontalização das relações intra e interinstitucionais. Existindo assim na hierarquização fator contraditório com a articulação e a construção de redes singulares de cuidado em saúde uma vez que estas pressupõem a participação de múltiplos atores e uma relação horizontalizada na construção do cuidado para com os usuários do serviço.

Tabela 10: Frequência de respostas sobre os tipos de orientação para identificar problemas de Saúde Mental por categoria profissional

Categoria profissional	1. Treinamento capacitação **		2. Reunião com equipe do ESF**		3. Educação continuada**		4. Reunião com profissional da UBS de apoio***		5. Discussão com profissional especializado**		6. Discussão com profissional do CAPS**		7. Orientação do médico da ESF***		8. Orientação do enfermeiro da unidade***		9. Observação de sintomas***		10. Matriciamento e ou discussão com NASF**	
	N	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
Agente Comunitário de Saúde	56	16,62	125	37,09	4	1,19	3	0,89	26	7,72	17	5,04	23	6,82	17	5,04	18	5,34	44	13,06
Auxiliar de Enfermagem	11	9,40	52	44,44	0	0,00	2	1,71	11	9,40	5	4,27	5	4,27	6	5,13	5	4,27	20	17,09
Enfermeiro	38	33,63	35	30,97	5	4,42	4	3,54	22	19,47	10	8,85	3	2,65	0	0,00	1	0,88	25	22,12
Médico	31	31,96	25	25,77	3	3,09	1	1,03	10	10,31	4	4,12	4	4,12	3	3,09	3	3,09	21	21,65
Gerente	21	32,31	30	46,15	2	3,08	3	4,62	16	24,62	11	16,92	2	3,08	1	1,54	1	1,54	25	38,46
Total Geral*	20,00		37,00		2,00		2,00		11,00		6,00		5,00		5,00		4,00		18,00	

*dados ajustados, de modo proporcional, à representatividade numérica de cada categoria profissional existente nas equipes ESF. Resultado sintético obtido pela soma de todas as categorias profissionais, dividida pela soma dos ajustes proporcionais das categorias profissionais.

**Pearson < 0,050

***Pearson > 0,050

Para uma melhor análise das relações entre as diferentes respostas apresentadas na tabela 10 foi utilizada a análise de implicação uma vez que ela permite estabelecer conexões lógicas entre as falas dos diversos sujeitos. A figura 3 apresenta o índice de implicação, em escala de 0 a 100 (relevância > 50), entre as respostas da tabela 10. Foram destacadas as principais relações estabelecidas entre as respostas.

Figura 3: Índice de implicação das respostas da tabela 10 (relevância > 50)

Indices d'implications : (selon la théorie classique)
Calcul avec la loi de poisson

	Resposta1	Resposta2	Resposta3	Resposta4	Resposta5	Resposta6	Resposta7	Resposta8	Resposta9	Resposta10
Resposta1	0	15	66	47	49	59	28	35	40	57
Resposta2	23	0	45	55	62	64	61	53	47	57
Resposta3	92	18	0	51	36	33	35	37	48	59
Resposta4	33	71	51	0	71	34	46	37	48	37
Resposta5	49	75	47	61	0	73	57	49	58	61
Resposta6	64	83	41	41	78	0	50	36	36	60
Resposta7	9	79	41	48	57	50	0	94	69	13
Resposta8	13	54	41	41	43	32	97	0	60	17
Resposta9	22	33	48	49	59	32	72	60	0	16
Resposta10	57	61	55	49	58	58	30	36	36	0

Fica sugerida a relação de implicação (92) entre “Educação continuada” (Resposta 3) e “Treinamento capacitação” (Resposta 1); essa relação possui um índice de similitude de 1,00 (escala de 0 a 1 com relevância > 0,50), indicando que possivelmente quando um profissional referiu receber orientação por meio de “Educação continuada” essa ocorre por meio de “Treinamento ou capacitação”.

“Discussão com profissional do CAPS” (Resposta 6) e “Reunião com equipe do ESF” (Resposta 2) possuem uma relação de implicação (83). Considerando a direção dessa relação, é a Resposta 6 que está implicada na Resposta 2, ou seja, possivelmente antes de ocorrer uma “Discussão com profissional do CAPS” existirá uma “Reunião com equipe do ESF”.

A relação de implicação de “Orientação do enfermeiro da unidade” (Resposta 8) e “Orientação do médico da ESF” (Resposta 7) é de 97 e de similaridade 1,00. Ademais, as resposta 8 e 7 também possuem uma relação de similaridade de 0,97 e 1,00, respectivamente, com “Observação de sintomas” (Resposta 9) com a qual possuem índice de implicação relevante (respectivamente 60 e 69). Apesar das respostas 8 e 7 serem referidas por 5 % dos profissionais (tabela 10), vale discutir se esses dados e suas relações de implicação e de similitude seriam um indicativo de que os enfermeiros possuem maior engajamento com a observação de sintomas do usuário do que os médicos. Pode-se sugerir que 5% dos profissionais tendem a procurar os enfermeiros e médicos da equipe em busca de orientações sobre sintomas de pessoas com problemas de saúde mental. Tendência que aliada à possível hierarquização entre os diversos profissionais, constatada no capítulo anterior e nesse, convergindo para práticas e preceitos do modelo asilar de assistência à saúde mental. Esse modelo segundo Yasui (Yasui S; Costa-Rosa A, 2008) baseia-se no paradigma “[...] doença-cura e compreende de forma predominantemente orgânica o processo saúde-doença” [...]. Yasui (Yasui S; Costa-Rosa A, 2008) ainda afirma que esse modelo antigo é hierarquizado e altamente especializado, impossibilitando real aplicação da atenção psicossocial, uma vez que as equipes, apesar de multiprofissionais, possuem ações e áreas de atuação pré-definidas para seus membros e relações hierarquizadas entre estes, impedindo que existam ações interdisciplinares e transdisciplinares. (Yasui S; Costa-Rosa A, 2008).

4.3 Procedimentos para o acompanhamento na ESF de pessoas com problemas de Saúde Mental

4.3.1 Da existência de procedimentos

As equipes de todos os municípios estudados apresentam taxas expressivas de orientação para identificar problemas de saúde mental, apesar de diferenças existentes entre as diversas categorias profissionais de modo geral (a exceção de Praia Grande). Decorre daí uma nova pergunta: existem

procedimentos a serem realizados por essas equipes frente à identificação desses problemas? Em outros termos, tais orientações redundam ou são transformadas em ações operacionais capazes de se converterem em instrumentos mais ou menos estáveis de intervenção das equipes quando defrontadas com problemas de saúde mental que elas observam?

Tabela 11*: Frequência de existência de Procedimentos no caso de ocorrência de problemas de saúde mental por cidade**.

Cidade	Não	Sim	N/S- N/R	Total Geral
São Paulo	8,10	91,37	0,53	100,00
Diadema	2,50	97,50	0,00	100,00
Campinas	1,45	98,55	0,00	100,00
Bauru	0,00	100,00	0,00	100,00
Praia Grande	12,12	84,85	3,03	100,00
Total Geral	7,40	92,09	0,51	100,00

*dados ajustados, de modo proporcional, à representatividade numérica de cada categoria profissional existente nas equipes ESF. Resultado sintético obtido pela soma de todas as categorias profissionais, dividida pela soma dos ajustes proporcionais das categorias profissionais.

** Pearson P = 0.317

Os profissionais da ESF afirmaram, em 92,09% dos casos, que existem procedimentos previstos para o acompanhamento de pessoas com problemas de saúde mental. Observando as proporções apresentadas nos cinco municípios, Bauru apresenta a maior taxa (100%) de respostas positivas e Praia Grande com a menor (84,85%). Tais dados indicariam a existência de procedimentos nas equipes da ESF para lidar com problemas de saúde mental da população na independência de receberem ou não orientações. As questões que se pode sugerir é a de saber de onde viriam tais procedimentos e de sua adequação e pertinências reais ao campo da saúde mental. Esses procedimentos viriam do senso comum estabilizado ou decorreriam de outras fontes tais como da formação profissional dos atores envolvidos? Nesse último caso, a equipe não estaria então sujeita a adotar pontos de vistas embutidos em procedimentos abrindo-se, conseqüentemente, a modelos estranhos aos princípios da Reforma psiquiátrica? A tabela 12 apresenta os dados referentes

a existência de procedimentos previstos distribuídos segundo a categoria profissional.

Tabela 12: Frequência de existência de Procedimentos no caso de ocorrência de problemas de saúde mental por categoria profissional**.

Cidade	Não		Sim		N/S-N/R		Total Geral	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Agente Comunitário de Saúde	21	6,23	314	93,18	2	0,59	337	100,00
Auxiliar de Enfermagem	13	11,11	104	88,89	0	0,00	117	100,00
Enfermeiro	8	7,08	105	92,92	0	0,00	113	100,00
Médico	6	6,19	90	92,78	1	1,03	97	100,00
Gerente	5	7,69	59	90,77	1	1,54	65	100,00
Total Geral*	7,40		92,09		0,51		100,00	

*dados ajustados, de modo proporcional, à representatividade numérica de cada categoria profissional existente nas equipes ESF. Resultado sintético obtido pela soma de todas as categorias profissionais, dividida pela soma dos ajustes proporcionais das categorias profissionais.

** Pearson P = 0.435

Apesar das categorias profissionais apresentarem índices de resposta semelhantes aos profissionais “Auxiliares de Enfermagem”, são eles, entretanto, os que registram a menor proporção de respostas positivas a essa questão. Remete-se novamente ao estudo de Silva (2005) que constatou que o “Auxiliar de Enfermagem” da ESF se integrava menos aos outros profissionais do que outros membros da equipe (médico, enfermeiro e Agente Comunitário de Saúde).

4.3.2 Tipos de procedimento previstos

Ao afirmarem que existem procedimentos a serem realizados frente à identificação de problemas de saúde mental, os profissionais da ESF indicam uma nova pergunta: Quais são os procedimentos previstos nas equipes da ESF para o acompanhamento de pessoas com problemas de saúde mental? A tabela 13 apresenta os tipos de procedimentos distribuídos por cidade pesquisada.

Tabela 13: Tipos de procedimentos previstos para casos de pessoas com problemas de saúde mental por cidade

cidade	01. Discutir caso na ESF**	02. Discutir caso com profissional de serviço especializado**	03. Encaminhar para médico da UBS***	04. Encaminhar para enfermeiro da UBS***	05. Discutir caso com médico da ESF**	06. Discutir caso com enfermeiro da ESF**	07. Encaminhar para especialidade**	08. Discutir com NASF**	09. Encaminhar para NASF***	10. Encaminhar para OS (Organização social)**	11. Acolhimento na própria unidade**	12. Medicação na unidade***	13. Visita domiciliar**	14. Atendimento do caso na própria unidade**
São Paulo	60,51	3,44	6,72	2,06	12,41	6,72	33,44	33,27	11,03	3,96	21,72	5,00	8,44	3,96
Diadema	55,00	10,00	2,50	7,50	10,00	25,00	35,00	32,50	5,00	10,00	27,50	10,00	7,50	5,00
Campinas	59,42	24,63	10,14	4,34	15,94	23,18	57,97	0,00	0,00	4,34	56,52	17,39	7,24	24,63
Bauru	71,42	0,00	0,00	0,00	28,57	42,85	71,42	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	14,28	3,57
Praia Grande	6,06	0,00	6,06	3,03	18,18	15,15	69,69	3,03	6,06	0,00	21,21	9,09	9,09	12,12
Total Geral	58,98	5,16	6,57	2,54	13,57	10,57	36,30	27,99	9,01	3,35	23,32	5,88	8,16	5,89

*dados ajustados, de modo proporcional, à representatividade numérica de cada categoria profissional existente nas equipes ESF. Resultado sintético obtido pela soma de todas as categorias profissionais, dividida pela soma dos ajustes proporcionais das categorias profissionais.

**Pearson $P < 0,05$

]**Pearson $P > 0,05$

Na Tabela 13 destaca-se como o procedimento mais referido, com a exceção de Praia Grande e Bauru, “Discutir caso na ESF” (Resposta 01) (58,98%). Na cidade de Praia Grande o procedimento mais citado é o de “Encaminhar para especialidade” (Resposta 07), que é o segundo procedimento mais referido nas demais cidades.

A Resposta 08 (“Discutir com NASF”) foi, no total geral, o 3º procedimento mais referido. Porém os profissionais que fazem essa afirmação se concentram nas cidades de São Paulo e Diadema. A resposta diretamente relacionada à resposta 8 é “Encaminhar para o NASF” (Resposta 09) apresenta taxa de resposta 9,01 sugerindo não ser um procedimento muito utilizado. Pode-se no conjunto apontar para a possível baixa cobertura do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e/ou baixa utilização desse recurso para o acompanhamento de pessoas com problemas de saúde mental.

A “Visita Domiciliar” também é um recurso previsto para as equipes da ESF, promotor de contato com a comunidade, família e com a realidade da pessoa assistida e assim como o NASF é pouco referido (8,16%), destacando-se Bauru com o maior índice (14,28%), como um procedimento previsto no acompanhamento de pessoas com problemas de saúde mental.

Apesar dos profissionais de Bauru serem os que mais referem como procedimento a “Visita Domiciliar”, eles aludem a um número limitado de procedimentos previstos para o acompanhamento de pessoas com problemas de saúde mental. Possivelmente indicando maior enrijecimento das ações. “Discutir caso com médico da ESF” (Resposta 05) e “Discutir caso com enfermeiro da ESF” (Resposta 06) são duas das 6 opções de procedimentos, apresentados pelos profissionais de equipes da ESF de Bauru, para esse acompanhamento. Esses dois procedimentos, tal como apresentado no capítulo anterior, está implicado (figura 3) em “Observação de sintomas” (resposta 9, tabela 10), com a qual possui alto índice de similaridade (1,00).

Bauru também é a única cidade que não apresenta “Acolhimento na própria unidade” como um dos procedimentos previstos e a menor taxa entre as cidades pesquisadas de referência a “Atendimento do caso na própria unidade” (3,57%). Essa disparidade com as demais cidades fica mais evidente quando comparamos com os dados de Campinas, respectivamente 56,52%

24,63%, que se apresenta como a cidade onde os profissionais mais fazem referência a esses procedimentos.

Assim como em Campinas, os profissionais de Praia Grande referem-se como procedimentos previstos “Acolhimento na própria unidade” (21,21%) e “Atendimento do caso na própria unidade” (12,12). Porém concentra suas respostas na alternativa “Encaminhar para especialidade” e, apesar de variadas, as respostas apontam para a possível centralização nas figuras do médico e/ou do enfermeiro.

Constata-se na Tabela 13 que apenas 4 (11. Acolhimento na própria unidade 12. Medicação na unidade 13. Visita domiciliar 14. Atendimento do caso na própria unidade) dos 14 procedimentos apontados como previstos para o acompanhamento de pessoas com problemas de saúde mental referem-se a ações diretas de cuidado.

4.3.3 Relações entre os procedimentos previstos

Ao desvelar os tipos de procedimentos previstos para o acompanhamento de pessoas em sofrimento psíquico nas Equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) surgem novas perguntas: esses procedimentos estão de alguma forma relacionados entre si? Como esses procedimentos previstos se relacionam? Com o objetivo de descrever as relações existentes entre os procedimentos adotados por equipes da ESF para o acompanhamento de pessoas com problemas de saúde mental foi realizada a análise de implicação (Figura 4).

Figura 4: Índice de implicação das respostas da Tabela 14 (relevância > 50)

Na figura 4 vê-se a representação gráfica da implicação entre os procedimentos quando essa é maior ou igual a 91. Tendo em conta a rede de implicações, essa representação mostra dois grupos de procedimentos relativamente independentes, ligados entre si apenas por um procedimento: “Visita Domiciliar” (Resposta 13). A importância dessas implicações está na sua força e será explanada mais abaixo.

A figura 5 mostra a representação gráfica da implicação entre os procedimentos quando essa é maior ou igual a 70.

Nesse caso, observa-se a mesma divisão em dois grupos exibida na figura 4, indicando, contudo, maior número de vetores de implicação existente nas relações entre procedimentos para o acompanhamento de pessoas com problemas de saúde mental na ESF.

Figura 5: Índice de implicação das respostas da Tabela 14 (relevância > 50)

Na figura 5 o grupo 1 apresenta um conjunto de procedimentos implicados em dois tipos de respostas: “Discutir com o médico da ESF” (Resposta 5) e “Discutir com a equipe da ESF” (Resposta 1).

As implicações estabelecidas são as seguintes:

- Se há referência a “discutir com o enfermeiro da ESF” (Resposta 6), provavelmente haverá a afirmativa de “Discutir com o médico da ESF” (Resposta 5) e/ou “Discutir com a equipe da ESF” (Resposta 1).
- Se o profissional afirma como um dos procedimentos previstos “discutir com o NASF” (Resposta 8) provavelmente referiu “Discutir com o médico da ESF” (Resposta 5).
- Se o profissional refere “encaminhar para o NASF” (Resposta 9) provavelmente referiu “discutir com o NASF” (Resposta 8).

- As equipes que referem “Visita Domiciliar” (Resposta 13) provavelmente referiram “discutir com o NASF” (Resposta 8) e/ou Acolhimento na própria unidade.

Esse grupo de respostas sugere um percurso dos casos referentes a pessoas com problemas de saúde mental:

1. “Discutir com o médico da ESF” (Resposta 5) e/ou “Discutir com a equipe da ESF” (Resposta 1).
2. “Discutir com o NASF” ou “discutir com o enfermeiro da ESF”
3. “Encaminhar para o NASF”
4. “Visita Domiciliar”

No grupo 2 as respostas estão implicadas na referência a “Encaminhar para especialidade” (Resposta 7):

- “Encaminhar para médico da UBS” (Resposta 3) está implicado em “Encaminhar para especialidade” (Resposta 7).
- A referência de “Encaminhar para enfermeiro da UBS” (Resposta 4) provavelmente é acompanhada “Encaminhar para médico da UBS” (Resposta 3).
- “Acolhimento na própria unidade” (Resposta 11) está implicado em “Encaminhar para especialidade” (Resposta 7).
- As equipes que referem “Visita Domiciliar” (Resposta 13) provavelmente referiram “discutir com o NASF” (Resposta 8) e/ou Acolhimento na própria unidade.
- A referência de “Medicar na unidade” (Resposta 12) geralmente está relacionada ao “Acolhimento na própria unidade” (Resposta 11)
- “Medicar na unidade” (Resposta 12) implica “Encaminhar para Organização social” (Resposta 10) ou “Atendimento do caso na própria unidade” (Resposta 14).
- “Discutir caso com profissional de serviço especializado” (Resposta 2) provavelmente está relacionado ao “Atendimento do caso na própria unidade” (Resposta 14).

O grupo dois descreve quatro diferentes fluxos de procedimentos para os casos referentes a pessoas com problemas de saúde mental:

A.

1. “Encaminhar para especialidade” (Resposta 7)
2. “Encaminhar para médico da UBS” (Resposta 3)
3. “Encaminhar para enfermeiro da UBS” (Resposta 4)

B.

1. “Encaminhar para especialidade” (Resposta 7)
2. “Acolhimento na própria unidade” (Resposta 11)
3. “Visita Domiciliar” (Resposta 13)

C. .

1. “Encaminhar para especialidade” (Resposta 7)
2. “Acolhimento na própria unidade” (Resposta 11)
3. “Medicar na unidade” (Resposta 12)
4. “Encaminhar para Organização social” (Resposta 10)

D. .

1. “Encaminhar para especialidade” (Resposta 7)
2. “Acolhimento na própria unidade” (Resposta 11)
3. “Medicar na unidade” (Resposta 12)
4. “Atendimento do caso na própria unidade” (Resposta 14)
5. “Discutir o caso com profissional de serviço especializado” (Resposta 2).

Destaca-se o fato de que nesse grupo, o acompanhamento, independente de se realizar na equipe da ESF ou em outro equipamento, inicia-se com o “encaminhamento para especialidade”, porém a discussão com o especialista acontece apenas no final da cadeia de procedimentos. Esses polos (início e fim) da cadeia parecem indicar, tal como desenvolvido por Yasui (Yasui S; Costa-Rosa A, 2008) que a formação dos profissionais “[...] continua sendo organizada em disciplinas e especialidades, com pouca ou nenhuma integração, levando os profissionais em formação a um olhar fragmentado da realidade, consequência do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador, ainda dominante”.

Quando se tem em perspectiva o conjunto dos dados referentes aos procedimentos previstos para acompanhar pessoas com problemas de saúde

mental percebe-se que sobressai a ausência de procedimentos e ações relacionadas ao contato com a família e discussão com o usuário do serviço sobre seu projeto terapêutico. Contudo, duas exceções se fazem presentes:

1. “Visita Domiciliar”: Apesar de poder demonstrar a preocupação de conhecer o usuário, família e comunidade, não houve relatos de ações vinculadas a essas visitas.
2. “Acolhimento na própria unidade”: Considera-se que o acolhimento é um conjunto de procedimentos, ações e posicionamentos frente ao sofrimento, necessidades e queixas do usuário do serviço. A existência da referência ao “acolhimento”, assim considerado, demonstra uma preocupação com a escuta do sujeito e de sua comunidade. Porém não existem afirmativas de ações e procedimentos que respaldam a real existência do acolhimento dessas pessoas.

4.3 4 Observações sobre queixas de saúde mental

As formas como as observações sobre queixas de saúde mental são acolhidas constituem-se em dados que contribuem para a descrição de como ocorre o acompanhamento de pessoas com sofrimento psíquico. Esses dados colaboram, igualmente, para o entendimento das relações entre os profissionais das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e dessas com outros equipamentos e trabalhadores da rede formal de cuidado em saúde. Dessa forma, foi solicitado aos participantes que classificassem de 1 a 4 (sendo 1 o menos frequente e 4 o mais frequente) as principais quatro formas com as quais as observações sobre queixas de saúde mental, dos profissionais de equipes da ESF (tabela 14).

Tabela 14: Classificação (de 1 a 4) da forma com a qual as observações sobre queixas de saúde mental são acolhidas pela equipe da ESF por cidade.

<i>Cidade</i>	<i>1. Anotadas no prontuário</i>	<i>2. Levadas para discussão na ESF</i>	<i>3. Levadas para discussão equipe de apoio</i>	<i>4. Levadas p/ discussão com o NASF</i>	<i>5. Levadas p/ discussão com o CAPS</i>	<i>6. Discutidas com o enfermeiro</i>	<i>7. Discutidas com o médico</i>	<i>8. Não são acolhidas</i>	<i>9. Outros</i>	<i>10. Outros 2</i>
<i>São Paulo</i>	1,68	2,59	0,66	1,83	0,51	1,02	1,16	0,03	0,1	0
<i>Diadema</i>	1,65	2,33	1,15	1,03	0,5	1,78	1,15	0	0,18	0
<i>Campinas</i>	2,22	2,3	0,81	0	0,91	1,68	1,33	0	0,33	0,03
<i>Bauru</i>	2,57	2,29	0,14	0	1,43	1,29	2,29	0	0	0
<i>Praia Grande</i>	1,85	0,64	0,12	0,24	0,09	1,82	1,7	0,36	0,79	0
<i>Total</i>	1,73	2,44	0,66	1,54	0,52	1,23	1,23	0,03	0,14	0

*Dados ajustados, de modo proporcional, à representatividade numérica de cada categoria profissional existente nas equipes ESF. Resultado sintético obtido pela soma de todas as categorias profissionais, dividida pela soma dos ajustes proporcionais das categorias profissionais.

Os profissionais entrevistados citaram (Tabela 14), respectivamente, como as formas de acolhimento de suas observações mais frequentes são: discussão na ESF (resposta 2), anotadas no prontuário (resposta 1), discussão com o Núcleo de apoio a Saúde da Família (NASF) (resposta 4) e discussão com enfermeiro ou médico (respostas 6 e 7). Esses dados diferem dos apresentados no capítulo anterior, evidenciando que apesar dos procedimentos previstos serem norteados pelo “encaminhamento para especialidade” (tabela 14, resposta 7) as equipes participantes alegam que efetivamente discutem as demandas referentes à saúde mental da sua população assistida.

Como se tratava de uma pergunta em que o entrevistado podia fornecer mais de uma resposta, ela possibilitou que se estabelecessem relações de implicação entre as diferentes formas com as quais as observações sobre queixas de saúde mental, dos profissionais de equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) são acolhidas.

Figura 6: Índice de implicação das respostas da tabela 18 (relevância > 50)

Na figura 6 é apresentada a relação de implicação existente entre os dados da tabela 14. Em que se encontra exposta a implicação forte ($i > 90$) da resposta 3 (Levadas para discussão equipe de apoio) com a resposta 1 (Anotadas no Prontuário) possivelmente indicando que o registro das observações implica em estabelecer o contato com a equipe de apoio.

Também são evidenciadas outras respostas que são implicadas em “Levadas para discussão na ESF” (resposta 2). Esse grupo de respostas, possivelmente demonstra que o primeiro passo antes de estabelecer algum procedimento é discutir as observações em equipe. Essas relações podem ser divididas em dois grupos “Discutidas com o médico” (Grupo 1) e “Levadas p/ discussão com o CAPS” (Grupo 2).

No grupo 1 apresentam-se duas possibilidades descritas abaixo:

1. “Discutidas com o médico” (Resposta 7) possui uma relação de implicação relevante ($65 < i < 75$) com uma série de outras ações de baixa frequência de ocorrência (Resposta 9, “outros”: Psiquiatra NASF, Discussão com psiquiatra, Psiquiatra UBS, discutidas com outros colegas (enfermeiros, médicos), discutir com o Agente Comunitário de Saúde).

2. “Não são acolhidas” apesar de possuir uma baixa frequência de resposta está implicada na resposta 7 ($i > 90$).

O grupo 2 também apresenta duas relações de implicação:

1. “Levadas p/ discussão com o NASF” (resposta 4) a qual, apesar de possuir maior classificação (Tabela 15), esta implicada na resposta 5 ($65 < i < 75$).
2. “Levadas para discussão com o CAPS” (Resposta 5) implica a referência a “Discutidas com o enfermeiro” (Resposta 6) ($75 < i < 85$).

Nos capítulos anteriores foram constatadas semelhanças entre os procedimentos, ações e respostas relacionadas aos profissionais médicos e enfermeiros. Aqui é apresentada a diferenciação existente entre as duas categorias profissionais, indicando que possivelmente o enfermeiro possui uma relação mais direta com o CAPS e com o acompanhamento de pessoas em sofrimento psíquico.

4.4 Onde acontece o tratamento

Como apresentado no capítulo anterior, dentre as referências a procedimentos realizados por equipes da ESF, para acompanhar pessoas com problemas de saúde mental, destacam-se o “Encaminhamento para Especialidade” e “Discutir o caso com Especialista”. Fato esse que nos apresenta mais um questionamento: Onde acontece o tratamento dessas pessoas com problemas de saúde mental, observadas e acompanhadas ou não por equipes da ESF? Para tanto foi solicitado aos participantes que classificassem de 1 a 4 (sendo 1 o menos frequente e 4 o mais frequente) os quatro locais onde mais aconteciam o tratamento de pessoas com problemas de saúde mental. A tabela 15 apresenta a classificação referente ao tratamento de adultos, a tabela 16 referente a crianças e adolescentes e a tabela 17 referente a pessoas com problemas referentes a álcool e outras drogas.

Tabela 15: Classificação de 1 a 4 de onde acontece o tratamento de adultos com problemas de saúde mental por cidade (item a17)

<i>Cidade</i>	<i>1. Unidade de Saúde da Família</i>	<i>2. Ambulatório de Saúde Mental</i>	<i>3. CAPS</i>	<i>4. Pronto Socorro</i>	<i>5. Hospital Geral</i>	<i>6. Hospital Psiquiátrico</i>
<i>São Paulo</i>	<i>2,67</i>	<i>0,97</i>	<i>2,84</i>	<i>0,94</i>	<i>0,36</i>	<i>0,46</i>
<i>Diadema</i>	<i>3,08</i>	<i>1,2</i>	<i>2,88</i>	<i>1,45</i>	<i>0,05</i>	<i>0,1</i>
<i>Campinas</i>	<i>3,17</i>	<i>0,3</i>	<i>3,3</i>	<i>0,77</i>	<i>0,19</i>	<i>0,58</i>
<i>Bauru</i>	<i>3</i>	<i>1,43</i>	<i>3,43</i>	<i>1,14</i>	<i>0,14</i>	<i>0,71</i>
<i>Praia Grande</i>	<i>0,94</i>	<i>3,03</i>	<i>1</i>	<i>0,58</i>	<i>0,3</i>	<i>0,03</i>
<i>Total</i>	<i>2,63</i>	<i>1,02</i>	<i>2,82</i>	<i>0,91</i>	<i>0,34</i>	<i>0,45</i>

*Dados ajustados, de modo proporcional, à representatividade numérica de cada categoria profissional existente nas equipes ESF. Resultado sintético obtido pela soma de todas as categorias profissionais, dividida pela soma dos ajustes proporcionais das categorias profissionais.

Segundo os profissionais dos municípios pesquisados, com exceção de Praia Grande, o tratamento de adultos com problemas de saúde mental (tabela 15) ocorre com mais frequência nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e nas Unidades de Saúde da Família respectivamente. Destaca-se a existência de maior referência aos antigos ambulatórios de saúde mental e ao Hospital Psiquiátrico, em detrimento dos hospitais gerais.

Tabela 16: Classificação de 1 a 4 de onde acontece o tratamento de crianças e adolescentes com problemas de saúde mental por cidade (itemq_24)

<i>Cidade</i>	<i>1. Unidade de Saúde da Família</i>	<i>2. Ambulatório de Saúde Mental</i>	<i>3. CAPSi</i>	<i>4. Pronto Socorro</i>	<i>5. Hospital Geral</i>	<i>6. Hospital Psiquiátrico</i>
<i>São Paulo</i>	2,69	0,92	2,36	0,49	0,27	0,22
<i>Diadema</i>	3,05	1,15	2,18	0,83	0,03	0,03
<i>Campinas</i>	3,45	0,45	1,36	0,33	0,1	0,14
<i>Bauru</i>	2,43	1	3,86	0,43	0	0,57
<i>Praia Grande</i>	0,97	3,39	0,33	0,61	0,12	0
<i>Total</i>	2,69	0,99	2,17	0,51	0,23	0,21

*Dados ajustados, de modo proporcional, à representatividade numérica de cada categoria profissional existente nas equipes ESF. Resultado sintético obtido pela soma de todas as categorias profissionais, dividida pela soma dos ajustes proporcionais das categorias profissionais.

No que se tange ao tratamento de crianças e adolescentes com problemas de saúde mental, as equipes da ESF os dois equipamentos mais citados, respectivamente, são: a ESF e o do CAPS. Aqui (tabela 16) o hospital psiquiátrico perde importância em relação ao hospital geral e os dois equipamentos são menos citados do que no caso do tratamento dos adultos.

Tabela 17: Classificação de 1 a 4 de onde acontece o tratamento de pessoas com problemas referentes a álcool e outras drogas por cidade (item a29)

<i>Cidade</i>	<i>1. Unidade de Saúde da Família</i>	<i>2. Ambulatório de Saúde Mental</i>	<i>3. CAPS ad</i>	<i>4. Pronto Socorro</i>	<i>5. Hospital Geral</i>	<i>6. Hospital Psiquiátrico</i>
<i>São Paulo</i>	<i>2,14</i>	<i>0,65</i>	<i>2,61</i>	<i>0,75</i>	<i>0,25</i>	<i>0,28</i>
<i>Diadema</i>	<i>2</i>	<i>0,9</i>	<i>2,28</i>	<i>0,9</i>	<i>0,48</i>	<i>0,13</i>
<i>Campinas</i>	<i>2,72</i>	<i>0,28</i>	<i>3,01</i>	<i>0,68</i>	<i>0,23</i>	<i>0,32</i>
<i>Bauru</i>	<i>1,71</i>	<i>0,57</i>	<i>3,14</i>	<i>1,14</i>	<i>0</i>	<i>0,14</i>
<i>Praia Grande</i>	<i>0,64</i>	<i>1,61</i>	<i>0,09</i>	<i>0,48</i>	<i>0,27</i>	<i>0</i>
<i>Total</i>	<i>2,1</i>	<i>0,66</i>	<i>2,48</i>	<i>0,73</i>	<i>0,26</i>	<i>0,27</i>

*Dados ajustados, de modo proporcional, à representatividade numérica de cada categoria profissional existente nas equipes ESF. Resultado sintético obtido pela soma de todas as categorias profissionais, dividida pela soma dos ajustes proporcionais das categorias profissionais.

De acordo com os dados que expressam as afirmações dos profissionais das equipes pesquisadas, o tratamento de pessoas com problemas relacionados a álcool e outras drogas segue o mesmo padrão do tratamento dos adultos.

Segundo os profissionais entrevistados (tabelas 15, 16 e 17), existe uma maior tendência das crianças e adolescentes serem acompanhadas na ESF, ou seja, dentro de suas comunidades. Já os adultos com problemas de saúde mental e pessoas com problemas relacionados a álcool e outras drogas tendem a ser acompanhados em outros equipamentos.

Os dados das tabelas 15, 16 e 17 em conjunto com as relações apresentadas no capítulo anterior (tipos de procedimentos previstos), indicam que possivelmente o “encaminhar para especialidade” (tabela 13) se refere na maioria das respostas a encaminhar para o CAPS, sugerindo a integração entre as equipes da ESF e os CAPS. Porém também é possível inferir que os CAPS apesar de, na legislação, serem os responsáveis, reguladores e

matriciadores da rede de atenção no que tange à saúde mental e estabelecerem relações com outros equipamentos da rede formal de saúde através do matriciamento, estão sendo utilizados como serviços de especialidades.

Essa utilização do CAPS por parte de equipes da ESF toma corpo ao ser cotejado com os dados de Delfini (2010) que em sua análise apresenta a passagem e devolução de demandas por parte de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e de equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Sugere as equipes de ESF e UBS, não sabem “como lidar com a situação ou por achar que aquilo não lhe cabe” (Delfini, 2010). Característica que segundo a autora gera desassistência ao usuário.

4.5 Discussões de tratamentos de pessoas com problemas de saúde mental com profissionais de equipes de apoio em saúde mental.

O tratamento e acompanhamento de pessoas com problemas de saúde mental, como descrito acima, acontece dentro e fora da ESF, utilizando-se diversos equipamentos de saúde da rede formal de cuidado. Fato que indica alguns questionamentos: Existem serviços de apoio em saúde mental nas regiões pesquisadas? Os profissionais da ESF tem a oportunidade de discutir sobre saúde mental com essas equipes? Quais são as atribuições dessas equipes de apoio?

4.5.1 Equipes de apoio em saúde mental

Identificar a existência de equipes de apoio em saúde mental para a Estratégia da Saúde da Família (ESF) contribui para compreensão do contexto no qual os profissionais das equipes da ESF estão inseridos.

Tabela 18*: Frequência de existência de equipe de apoio de saúde mental por cidade**.

Cidade	Sim	Não	N/S	N/R	Total Geral
São Paulo	86,55	11,38	1,90	0,17	100,00
Diadema	95,00	2,50	2,50	0,00	100,00
Campinas	94,20	2,90	2,90	0,00	100,00
Bauru	67,86	32,14	0,00	0,00	100,00
Praia Grande	75,76	21,21	3,03	0,00	100,00
Total Geral	86,51	11,08	2,31	0,10	100,00

*dados ajustados, de modo proporcional, à representatividade numérica de cada categoria profissional existente nas equipes ESF. Resultado sintético obtido pela soma de todas as categorias profissionais, dividida pela soma dos ajustes proporcionais das categorias profissionais.

** Pearson P = 0.077

Dos profissionais da ESF entrevistados 86,51% (tabela 18) referem a existência de equipes de apoio em saúde mental, destacando-se Campinas (94,20%) e Diadema (95%) ambas com índices de respostas próximos da cobertura total por parte das equipes de apoio.

A tabela 19 descreve a frequência e quais são essas equipes de apoio por cidade.

Tabela 19: Serviços de apoio de saúde mental por cidade**

cidade	01. NASF	02. CAPS	03. Ambulatório de especialidades	04. UBS	05. Hosp Geral	06. Hosp psi	07. NASF e CAPS	08. Igrejas	09. A.A	10. Matriciamento	11. NASF E UBS	12. CECCO	13. P.S	14. NAS - Núcleo de Ação Social	18. CECCO, NASF E CAPS	20. CAPS e UBS	21, CAPS, NASF e UBS	NA	Total Geral
São Paulo	48,28	23,97	0,86	3,45	0,17	5,69	0,17	0,17	1,55	0,52	0,17	0,17	0,00	0,17	0,34	0,17	0,69	13,45	100
Diadema	40,00	47,50	0,00	7,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,00	100
Campinas	0,00	68,12	0,00	14,49	0,00	0,00	0,00	0,00	10,14	0,00	0,00	0,00	1,45	0,00	0,00	0,00	0,00	5,80	100
Bauru	17,86	46,43	3,57	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	32,14	100
Praia Grande	30,30	9,09	36,36	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	24,24	100
Total Geral	42,14	28,74	2,36	4,38	0,15	4,32	0,15	0,17	2,11	0,43	0,15	0,15	0,15	0,11	0,27	0,15	0,58	13,49	100

*dados ajustados, de modo proporcional, à representatividade numérica de cada categoria profissional existente nas equipes ESF. Resultado sintético obtido pela soma de todas as categorias profissionais, dividida pela soma dos ajustes proporcionais das categorias profissionais.

**Pearson P= 0.000

Dentre os dados apresentados na tabela 19 destacam-se, como principais equipes de apoio: os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF, Resposta 1) e os Centros de Atenção Psicossocial.

Em Diadema, praticamente todas as ações de apoio em saúde mental à ESF estão concentradas nos NASF e CAPS.

Em Campinas não há NASFs. Dessa forma as ações de apoio à ESF, quando ocorridas, concentram-se fortemente nos CAPS. Destaca-se a importância das UBS, nomeadas de “Centros de Saúde”; e dos “Alcoólicos Anônimos” (A.A). A relação estabelecida com as equipes dos prontos socorros (P.S) só é evidenciada nesse município.

No município de Bauru, assim como Diadema, quando existem as equipes de apoio elas geralmente são os CAPS e/ou os NASF, concentrando nos equipamentos oficiais de apoio e organização da rede. Já Praia Grande possui característica diversa dos demais municípios com a referência, por parte dos profissionais da ESF entrevistados, do “Ambulatório de especialidades” (36,36%) como a principal equipe de apoio em saúde mental, mas com a presença do NASF (30,30%). Nessa cidade o CAPS é equipe de apoio em saúde mental para 9,09% dos entrevistados.

A cidade de São Paulo apesar de ser a que referiu o maior número de tipos diferentes de equipes de apoio, é a única cidade onde o Hospital Psiquiátrico foi citado como equipe de apoio em saúde mental à ESF, assim como a igreja. Fato que demonstra uma possível ligação com a atenção em saúde mental no município de São Paulo com o modelo asilar e com a abordagem religiosa.

O matriciamento foi citado apenas na cidade de São Paulo, demonstrando a necessidade de ser investigada a existência de possível confusão entre o modo de funcionamento através de matriciamento, com a existência de equipes de apoio.

4.5.2 Das atribuições de equipes de apoio em saúde mental

Dos profissionais das equipes da ESF entrevistados 86,51% afirmam que existe equipe de apoio em saúde mental à ESF. Portanto, torna-se imprescindível para descrever e/ou analisar as ações em saúde mental de equipes da ESF, verificar quais seriam as atribuições das equipes de apoio em saúde mental.

Na tabela 20 são apresentados esses dados distribuídos por cidade. Esses dados são resultado de pergunta de múltipla escolha em que o entrevistado poderia referir a diversas atribuições. A proporção foi calculada sobre o total de entrevistados, aqueles que afirmaram não existir equipe de apoio não foram solicitados a responder sobre quais são as atribuições de equipes de apoio em saúde mental.

Tabela 20: Frequência de atribuições das equipes de apoio de saúde mental à ESF por cidade

cidade	01. Suporte para discussão de casos**	02. Suporte para capacitação da equipe***	03. Suporte para atendimento dos casos**	04. Visita domiciliar ***	05. Faz encaminhamento ***	06. Atendimento em conjunto/Consulta compartilhada.***	07. Não há vantagens/ não dá suporte**	08. VD em conjunto	09. Tratamento/ atendimento ***	98. Outro **
São Paulo	52,93	9,48	59,66	3,10	1,90	2,24	1,03	2,41	4,31	6,90
Diadema	80,00	15,00	80,00	0,00	0,00	0,00	2,50	0,00	0,00	0,00
Campinas	47,83	8,70	76,81	1,45	1,45	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Bauru	28,57	0,00	50,00	0,00	3,57	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Praia Grande	6,06	3,03	51,52	0,00	6,06	0,00	12,12	0,00	6,06	0,00
Total Geral	50,57	8,69	61,68	2,69	1,98	1,41	1,46	1,82	3,48	4,76

*dados ajustados, de modo proporcional, à representatividade numérica de cada categoria profissional existente nas equipes ESF. Resultado sintético obtido pela soma de todas as categorias profissionais, dividida pela soma dos ajustes proporcionais das categorias profissionais.

**Pearson $P < 0,050$

***Pearson $P > 0,050$

As atribuições mais frequentes das equipes de apoio em saúde mental, tabela 20, referidas por profissionais da ESF, são: “Suporte para atendimento dos casos”, “Suporte para discussão de casos” e “Suporte para capacitação da equipe”.

Em Praia Grande 12,12% dos entrevistados afirmaram que “não há vantagens/não dá suporte” quando questionados das atribuições da equipe de apoio. Nesse município, foram atribuídos a essas equipes, os encaminhamentos e tratamentos (respostas 5 e 9) em 6,06% das respostas.

Os profissionais de Bauru não referem a resposta 2 como uma das atribuições da equipe de apoio. Nesse município as equipes de apoio além das duas funções acima citadas possuem a função de *fazer o encaminhamento* (Resposta 5 - 3,57%).

Diadema foi o município em que houve maiores proporções de respostas 1, 2 e 3 (suporte a discussão do caso, capacitação da equipe e atendimento do caso), porém em 2,5% das respostas os profissionais afirmaram que “Não há vantagens/ não dá suporte”.

Destaca-se a referência por 6,9% dos profissionais de São Paulo à categoria “outros” na qual estão aglutinadas as atribuições de “Receber encaminhamento”, “Elaborar projeto terapêutico”, “Acolhimento/avaliação dos casos”, “Agendamento de consultas”, “Matriciamento”. Essas últimas atribuições correspondem a 46,66% das referências a categoria “outros”, os demais 53,44% correspondem a profissionais que referiram desconhecer as atribuições das equipes de apoio. Portanto 3,68% dos profissionais de equipes da ESF afirmam desconhecer as atribuições das equipes de apoio em saúde mental à ESF e 1,03% desses referem “Não há vantagens/ não dá suporte” por parte das equipes de apoio.

4.5.3 Oportunidade de discussão com equipes de apoio em saúde mental

Com a proporção de profissionais da ESF que afirmam a existência de equipes de apoio e com a descrição de suas atribuições, surgem dois novos questionamentos: os profissionais da ESF tem oportunidade de participar de discussões de tratamento de saúde mental com profissionais da rede de assistência? E caso tenham essas oportunidades, com que profissionais da rede eles discutem?

Na tabela 21 é apresentada a frequência com que os profissionais de equipes da ESF referem ter oportunidade de discutir o tratamento em saúde mental com profissionais da rede de assistência por cidade.

Tabela 21: Frequência de oportunidade de participar de discussões de tratamento de saúde mental com profissionais da rede de assistência por cidade**.

Cidade	Não	Sim	N/S- N/R	Total Geral
São Paulo	47,59	52,07	0,34	100,00
Diadema	5,00	95,00	0,00	100,00
Campinas	28,99	71,01	0,00	100,00
Bauru	50,00	50,00	0,00	100,00
Praia Grande	78,79	18,18	3,03	100,00
Total Geral	48,09	51,45	0,46	100,00

*dados ajustados, de modo proporcional, à representatividade numérica de cada categoria profissional existente nas equipes ESF. Resultado sintético obtido pela soma de todas as categorias profissionais, dividida pela soma dos ajustes proporcionais das categorias profissionais.

** Pearson P = 0.000

Apesar de 86,51% (tabela 18) dos profissionais se referirem à existência de equipe de apoio, apenas 51,45% (tabela 21) afirmam ter oportunidade de discutir sobre tratamento de saúde mental com profissionais da rede de assistência. Característica essa que, ao considerarmos o CAPS (tabela 19) como um dos principais interlocutores, na área de saúde mental, com a ESF, possivelmente está relacionada com o fato, assinalado por Delfini (2010) de haver pouca abertura dos equipamentos para o território e, conseqüentemente, de suas ações interventivas ocorrerem dentro dos serviços.

Essa diferença entre existência de equipe de apoio em saúde mental (tabela 18) e a afirmativa de oportunidade de discutir sobre tratamento de saúde mental com profissionais da rede de assistência (tabela 21) torna-se compreensível quando os dados são distribuídos por categoria profissional (tabela 22) e relacionados com dados anteriormente apresentados.

Tabela 22: Frequência de oportunidade de participar de discussões de tratamento de saúde mental com profissionais da rede de assistência por categoria profissional**

Cidade	Não		Sim		N/S-N/R		Total Geral	
	n	%	N	%	n	%	N	%
Agente Comunitário de Saúde	187	55,49	147	43,62	3	0,89	337	100,00
Auxiliar de Enfermagem	74	63,25	43	36,75	0	0,00	117	100,00
Enfermeiro	29	25,66	84	74,34	0	0,00	113	100,00
Médico	24	24,74	73	75,26	0	0,00	97	100,00
Gerente	14	21,54	51	78,46	0	0,00	65	100,00
Total Geral*	48,09		51,45		0,46		100,00	

*dados ajustados, de modo proporcional, à representatividade numérica de cada categoria profissional existente nas equipes ESF. Resultado sintético obtido pela soma de todas as categorias profissionais, dividida pela soma dos ajustes proporcionais das categorias profissionais.

** Pearson P= 0.000

Os profissionais Agentes Comunitários e Auxiliar de Enfermagem foram os que menos afirmam ter oportunidade de discutir com profissionais da rede de assistência. Corroborando os dados apresentados nas tabelas 10, 13 e 14 e figuras 4, 5 e 6 nas quais os profissionais enfermeiros e médicos são referidos como fontes de orientações para o acompanhamento de pessoas com problemas de saúde mental e parte importante dentre os procedimentos e orientações recebidas e fornecidas. Na figura 4 e tabela 10, o gerente destaca-se como a principal categoria relacionada a orientações recebidas para acompanhar pessoas com problemas de saúde mental, sugerindo que os Agentes Comunitários de Saúde e Auxiliares de Enfermagem possuem intermediários no contato com a rede formal de cuidado à saúde.

Para melhor evidenciar a importância dessas discussões para o estabelecimento, dentro da ESF, de ações integrais com visões multidisciplinares sobre a saúde, investigou-se com que profissionais da rede, as equipes da ESF, tiveram oportunidades de discutir o tratamento em saúde mental (tabela 23).

Tabela 23: Com que profissionais foram as oportunidades de participar de discussões de tratamento de saúde mental por cidade

cidade	01. Psiquiatra* *	02. Psicólogo* *	03. Fonoaudiólogo* *	04. Terapeuta ocupacional* *	05. Enfermeiro* *	06. Assistente social**	07. Equipe do CAPS**	08. Outro profissional (CAPS, APOIO, NASF, Hospital/PS)** *	09. Profission al da UB**S	10. Professor do ensino regular** *	11. Profission al do CECCO***	12. Conselho Tutelar e Poder Judiciário* *	13. Profession al da OS***
São Paulo	33,97	31,55	17,41	18,28	10,00	23,62	15,52	9,66	14,31	3,62	2,41	6,72	1,90
Diadema	75,00	67,50	42,50	22,50	25,00	47,50	25,00	2,50	30,00	7,50	0,00	0,00	0,00
Campinas	59,42	50,72	23,19	39,13	30,43	44,93	37,68	10,14	21,74	8,70	4,35	23,19	0,00
Bauru	28,57	35,71	0,00	0,00	14,29	3,57	14,29	14,29	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Praia Grande	3,03	9,09	0,00	0,00	3,03	6,06	3,03	0,00	0,00	0,00	0,00	3,03	0,00
Total Geral	33,51	31,61	16,77	17,06	11,25	23,27	15,74	8,37	13,50	3,62	1,98	6,68	1,25

*dados ajustados, de modo proporcional, à representatividade numérica de cada categoria profissional existente nas equipes ESF. Resultado sintético obtido pela soma de todas as categorias profissionais, dividida pela soma dos ajustes proporcionais das categorias profissionais.

**Pearson $P < 0,050$

***Pearson $P > 0,050$

Os membros das equipes da ESF, entrevistados, referem que os profissionais com os quais tiveram mais oportunidades de discussão são: psiquiatras e psicólogos. Ao lado disso, destaca-se o fato deles afirmarem que discutem, igualmente, com profissionais que não fazem parte da rede formal de cuidado em saúde (respostas 10, 11 e 12) e das equipes do município de São Paulo referirem discutir com profissionais das Organizações Sociais (resposta 13).

O fato acima descrito sugere a persistência do foco da atenção em saúde mental nas clínicas psiquiátrica e psicológica, no sentido Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003) emprestam ao termo clínica. Análise corroborada pela análise de Delfini (2010) que sugere a predominância desse modelo nas articulações entre CAPSi e ESF. Em contrapartida, o presente estudo, caracteriza a ampliação do número de profissionais de diferentes disciplinas participantes desse processo de discussão aliada à integração ainda que tímida com outros setores de cuidado e atenção para com a população.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os dados e análises deles decorrentes transparece que os profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) observam pessoas com problemas de saúde mental na população assistida e acompanham pessoas em sofrimento psíquico.

As relações estabelecidas por meio das repostas de acompanhamento de pessoas em sofrimento psíquico indicaram que provavelmente problemas de saúde mental quando relacionados a álcool e outras drogas que ocorrem no contexto infantojuvenil são desenraizados de seu universo primário (infantojuvenil) e considerados a partir de sua essencialidade abstrata (álcool e outras drogas). Tal fato evidencia a descaracterização do infanto-juvenil na saúde mental o que, no plano das ações, dificultaria o acolhimento das demandas infanto-juvenis uma vez que existe dificuldade de identifica-las como diferente das demandas dos adultos.

Essa última (demandas de adultos) é mais visível aos profissionais da ESF. Na medida em que a identidade do universo adulto tem como fulcro o mundo do trabalho e a capacidade produtiva, a “perda” de produtividade do adulto suscitaria maior visibilidade do sofrimento psíquico. Na sociedade atual é esperado que um adulto tenha uma capacidade produtiva condizente com as regras estabelecidas pelo mercado de trabalho. Caso este não se enquadre nesse “padrão” deixa de ter valor para a sociedade e/ou possui (ou é) um problema a ser tratado (doença), sendo mais rapidamente excluído socialmente do que crianças e adolescentes. A esse propósito não é a toa que os problemas atinentes ao universo infanto-juvenis encontram-se associados à escola, lugar em que se dá sua “produtividade” (Reis et al, 2010).

A proporção de profissionais da ESF que afirmaram observar e/ou acompanhar pessoas com problemas de saúde mental evidenciou a importância da articulação e ação em saúde mental da ESF. Essa importância fica mais evidente quando é destacada a capilaridade possível das relações das equipes da ESF com a comunidade, à qual oferece cuidados. Contudo, foi caracterizado que os profissionais que possuem menos contato com outros serviços e profissionais da rede formal de atenção em saúde mental - agentes comunitários de saúde e auxiliares de enfermagem - são justamente aqueles que mantêm o contato mais direto com a população assistida. No caso do profissional “Auxiliar de Enfermagem” suas trocas também são prejudicadas no tocante as suas relações com os outros membros das equipes da ESF, estabelecendo apenas contatos eventuais e pontuais.

Os profissionais que mais possuem contato com outros serviços e profissionais da rede formal de atenção em saúde mental são os gerentes, assim como esses são os profissionais que mais referem receber orientações para acompanhar pessoas em sofrimento psíquico na ESF. E as demais categorias possuem taxas consideravelmente inferiores, indicando possivelmente a existência de distanciamento entre a gerência do serviço e a execução do mesmo. E foi indicada também a tendência à hierarquização das relações entre os profissionais das equipes, desses com a gerência e de todos com as equipes de apoio/referência em saúde mental.

Aliando-se a esses fatos os procedimentos previstos, para acompanhamento de pessoas com problemas de saúde mental, apresentados como centrais na análise dos dados são a busca de “equipamentos especializados” para o acompanhamento e discussão de casos de saúde mental com serviço especializado. Esses que em grande parte são identificados como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) possuem uma relação hierarquizada com as equipes da ESF e são utilizados pelas mesmas (equipes de ESF) como “equipamentos especializados”, com

os quais se estabelece relação de “encaminhamento” e “contra encaminhamento”. Práticas essas ligadas ao modelo asilar de assistências, no qual as relações intrainstitucionais e interinstitucionais são hierarquizadas e as ações compartimentadas com papéis pré-definidos.

Foi descrito também a proximidade identificada das ações entre o profissional médico e enfermeiro. Possuindo também maior implicação com a observação de sintomas no usuário do que os médicos. Tais relações existentes entre as práticas dos profissionais médicos e enfermeiros coadunam com os dados referentes à discussão com profissionais da rede de atenção em saúde mental, nos quais figuram como os principais atores os profissionais médicos e psicólogos. Indicando a possível persistência do foco da atenção em saúde mental nas clínicas psiquiátrica e psicológica.

Incorpora-se a esses fatos a quase ou total inexistência de referência ao matriciamento e a formulação de projeto terapêutico singular. Os dados apontam para a possível permanência do acompanhamento ofertado fundamentado no paradigma “doença-cura”, focando como objeto da atenção a doença e não o sujeito em sofrimento, levando os profissionais a um olhar fragmentado das necessidades dos usuários do serviço e da comunidade. Todos esses fatores sugerem uma presumível ligação com a formação desses profissionais, acadêmica e continuada, onde ainda é predominante o modelo asilar e hospitalocêntrico de assistência à saúde mental. Porém também é apontada a participação de profissionais de com formações nesse processo de discussão e acompanhamento de pessoas em sofrimento psíquico e a integração ainda que tímida com outros setores de atenção e cuidado para com a população. Indicando uma possível transição, ainda que acanhada, de modelo de cuidado.

Assim fica demonstrada a necessidade de estudos que busquem compreender qual é a concepção de problemas de saúde mental das equipes da ESF e que fatores influenciam a formação, capacitação e educação continuada de todos os atores envolvidos no processo de trabalho

em saúde mental. Devendo esses possuir o intuito de identificar quais os fatores que impossibilitam a ação interdisciplinar e a organização do trabalho de forma interdisciplinar, intersetorial e por meio de matriciamento. E assim possibilitar a horizontalização das relações e a atenção integral à saúde da população.

Embora o presente estudo tenha apresentado algumas diferenças de acompanhamento de pessoas com problemas de saúde mental entre os municípios pesquisados, seus resultados (totais) refletem o conjunto das referências dos profissionais pesquisados. Característica que possibilitou uma visão ampla da saúde mental em equipes da ESF, mas que por vezes pode ocultar diferenças entre as atenções dispensadas ao tema nos diferentes municípios ou regiões dos municípios. A pesquisa evidenciou diferenças entre as cidades participantes em relação aos totais de respostas ou aos outros municípios. Demonstrando a necessidade de investigação dos motivos que levam, principalmente em Campinas e Diadema, a existência dessas diferenças e o quanto essas influenciam na atenção em saúde mental ofertada à população.

6. REFERÊNCIAS

Amarante AL, Lepre AS, Gomes JLD, Pereira AV, Dutra VFR. As estratégias dos enfermeiros para o cuidado em saúde mental no programa saúde da família. *Texto Contexto - Enferm.* [Internet]. 2011 mar [acesso em 24 out 2011];20(1): 85-93. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000100010&lng=en.

Amarante P. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: Fernandes MIA, Scarcelli IR, Costa ES. (Org.) *Fim de século: ainda manicômios?* São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1999. p. 47-53.

Amstalden ALF, Hoffmann MCL, Monteiro TPM. *A política de saúde mental infant-juvenil: seus percursos e desafios.* São Paulo: Hucitec, 2010.

Antonacci MH, Pinho LB. Saúde mental na atenção básica: uma abordagem convergente assistencial. *Rev Gaúcha Enferm.* Porto Alegre (RS) 2011;32(1):136-42.

Arce VAR; Sousa MFL, Glória M. A práxis da saúde mental no âmbito da Estratégia Saúde da Família: contribuições para a construção de um cuidado integrado. *Physis* [Internet]. 2011, [Acesso em 24 out 2011]; 21(2): 541-60. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000200011&lng=en&nrm=iso. ISSN 0103-7331. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312011000200011>.

Bardin L. *Análise de conteúdo.* Lisboa: Edições 70; 1977.

Caçapava JR, Colvero LA. Estratégias de atendimento em saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde. *Rev Gaúcha Enferm.* Porto Alegre (RS) 2008 dez;29(4):573-80.

Cavalcante, C. M. Pinto, D. M. Carvalho, A. Z. T. Jorge, M. S. B. Freitas, C. H. A. Desafios do cuidado em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. *RBPS, Fortaleza (CE)*, 24(2): 102-108, abr./jun., 2011.

Costa-Rosa A, Luzio CA, Yasui S. As Conferências Nacionais de Saúde Mental e as premissas do modo psicossocial. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, 25(58):12-25, 2001.

Costa-Rosa A, Luzio CA, Yasui S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva . In: Paulo Amarante. (Org.). *Archivos*

de Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003, v 2.

COUTURIER R.; Bodin RG. A classificação hierárquica implicativa e coesiva. Manual Curso *CHIC* versão 2.3; 2004. Tradução S. Ag Almouloud.

Delfini, P.S.S. Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil e Estratégia de Saúde da Família: articulação das ações voltadas à saúde mental de crianças e adolescentes. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2010.

Duarte M. J. O. O campo psicossocial na Política de Saúde Mental brasileira: Uma análise micropolítica da produção do cuidado em saúde mental. In: Anais do 9. Congresso Luso Brasileiro de Ciências Sociais. UFBA; [internet]; 2011; Bahia. UFBA; 2011 [acesso em 22 out 2011]. Disponível em: http://www.xiconlab.eventos.dype.com.br/resources/anais/3/1307548399_ARQUIVO_CONLAB.marco.trabalhocompleto.pdf.

Figueiredo Mariana Dorsa, Campos Rosana Onocko. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2009 [acesso em 24 de out 2011]; 14(1): 129-38. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100018&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100018>.

Furlan, P. G. O Agente Comunitário de Saúde e a prática na Atenção Básica: alguns apontamentos. in Gastão Wagner de Sousa Campos & André Vinicius Pires Guerrero. Manual de práticas da atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2011 [Acesso em 24 out 2011]; 27(4): 817-19. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000400021&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000400021>.

Gonçalves, A. Ações de cuidados relacionados ao abuso e dependências de drogas: desafio da prática do Programa Saúde da Família. Rev. Bras de Medicina de Família e Comunidade, [Internet], 2008 [Acesso em: 24 Out. 2011];4(5) Disponível em: <<http://www.rbmfcc.org.br/index.php/rbmfc/article/view/180>>..

Junqueira, M. A. B. Pillon, S. C. A Assistência em Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família: uma revisão de literatura. R. Enferm. Cent. O. Min. 2011 abr/jun; 1(2):260-267

Macedo FM, Andrade M, Silva JL. A reforma psiquiátrica e implicações para a família : o papel do enfermeiro no programa saúde da família, Informe-se em promoção da saúde, [Internet] 2009 [Acesso em 3 jan 2011];5(2):19-23. Disponível em: <http://www.uff.br/promocaodasaude/implicacoes%206.pdf>.

Moroz MI, Gianfaldoni MHTA. O processo de pesquisa: iniciação. Ed Liber Livro. Brasília (DF), 2006. p86.

MS – Ministério da Saúde do Brasil. O que é reforma psiquiátrica [Internet]. [Acesso em 30 nov 2010] Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33929

MS - Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Coordenação de Saúde Mental, Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o dialogo necessários: inclusão das ações de saúde mental na atenção básica. Brasília (DF);2003. Circular Conjunta nº 01/03 de 13/11/2003.

MS - Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. 2006. Brasília- DF. (Textos básicos em Saúde). Autores: NEVES, Claudia. A. B.& ROLLO. Adail. Série B.

MS - Ministério da Saúde. Avaliação para melhoria da qualidade. 3ª ed. Brasília (DF), 2005.

MS - Ministério da Saúde. Dados referentes à reforma Psiquiátrica: Redução de leitos psiquiátricos e ampliação da rede extra-hospitalar. Brasília; 2010. [Acesso 10 jun 2010]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Reforma.pdf>.

MS - Ministério da Saúde. Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília (DF); 2006. Série A.

MS - Ministério da Saúde. Legislação em Saúde Mental 1990-2004. Brasília: MS; 2004.

MS – Ministério da Saúde. O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios. 3. ed. Brasília (DF), 2009.

MS - Ministério da Saúde. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental “Cuidar sim, excluir não”. Brasília (DF), 2002.

MS - Ministério da Saúde. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, Brasília (DF), 2010.

MS - Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados 6. Ano IV, nº 6, Brasília: MS; 2009.

Nicácio F, Campos GWS. Instituições de "portas abertas": novas relações usuários-equipes-contextos na atenção em saúde mental de base comunitária/territorial. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo [Internet]. 2005 [Acesso em 9 out 2011];16(1): 40-6. Disponível em: http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-91042005000100007&lng=pt

Nicácio F; Campos GWS. A complexidade da atenção às situações de crise: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em saúde mental. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, 2004;15(2): 71-81.

Oliveira AGB, Vieira MAM, Andrade, SMRA. Saúde Mental na saúde da família: subsídios para o trabalho assistencial. São Paulo: Ed. Olho d'Água, 2006.

OMS – Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial da Saúde; Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2002.

Pitta AMF. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: Pitta A organizador. Reabilitação psicossocial no Brasil. 2ª. ed. São Paulo: Hucitec; 2001.

Reis AOA, Delfini PSS, Dombi-Barbosa C, Oliveira, MFAPB. Crianças e adolescentes em sofrimento psíquico atendidos nos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenis. In Edith Lauridsen-Ribeiro & Oswaldo Yoshimi Tanaka. Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS. Ed Hucitec. 2010. P 186-210

Reis AOA. Condições de acolhimento e resolutividade de problemas de Saúde Mental Infanto-Juvenil na Estratégia de Saúde da Família (ESF), CNPq [Internet] [Acesso em 5 junho 2010] Brasília (DF): CNPq; 2008. End Projeto de Pesquisa CNPq 575238/2008-9.

Rotelli F, Leonardis O, Mauri D. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 2001. In: Desinstitucionalização, uma outra via; p.17-59.

Saraceno B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: Pitta A organizador. Reabilitação psicossocial no Brasil. 2. ed. São Paulo: HUCITEC; 2001, p. 13-9

SILVA, Iêda Zilmara de Queiroz Jorge da; TRAD, Leny A. Bomfim. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. *Interface*, Botucatu (SP), [Acesso em 30 Abr. 2011]; 9(16), 2005 Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100003&lng=en&nrm=iso>.

SILVA, NN. Amostragem probabilística: um curso introdutório. São Paulo: EDUSP; 1998.

Silveira, Daniele Pinto da; Vieira, Ana Luiza Stiebler. Reflexões sobre a ética do cuidado em saúde: desafios para a atenção psicossocial no Brasil. *Estud. Pesqui. Psicol.* 2005, [acesso em 19 out 2011]; 5(1). Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812005000100007&lng=pt&nrm=iso>.

SMS - Secretaria Municipal da Saúde. Distribuição das Equipes de PSF por Instituição Parceira - SMS-SP. São Paulo; 2007 [Acesso em 3 set. 2007]. Disponível em <<http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/organizacao/0005>>

SMS - Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de São Paulo. 1º Caderno de Apoio ao acolhimento: orientações, rotinas e fluxos sob a ótica do risco / vulnerabilidade. São Paulo; 2004.

Souza AC. Ampliando o campo de atenção psicossocial: a articulação dos centros de atenção psicossocial com a saúde da família. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2006 [Acesso em 23 fev 2011];10(4): 703-10. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000400012&lng=en. doi: 10.1590/S1414-81452006000400012.

Vecchia MD, Martins STF. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2009 [Acesso em 24 out 2011];14(1): 183-193. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100024&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100024>.

Vicentin MCG. Infância e adolescência: uma clínica necessariamente ampliada. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo* [Internet]. 2006 [Acesso em 22 fev 2011];17(1): 10-17. Disponível em: http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-91042006000100004&lng=pt.

Yasui S; Costa-Rosa A. A estratégia atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental / EAPS: Saúde debate;32(78-80):27-37, 2008.

Anexos

Anexo 1: Ficha de Identificação dos Coordenadores de Saúde Mental**Numero do suj:** _____ **Nº da unidade** ____ **Nº da cidade****Nome**
_____**Tel (com DDD):** _____ **Cel (com DDD):** _____**Região:**
_____**Serviço:**
_____**Número de unidades de Saúde da Família na
região:** _____**Número de unidades de Saúde da Família referenciadas a esta coordenação:** ____**Dados do entrevistado:****Sexo:** Masc () Fem () **Idade :** _____**Cargo:** _____ **Está no cargo há** _____ **anos,** _____ **meses.****Função:** _____ **Está na função há** _____ **anos,** _____ **meses.****Formação profissional:** _____**Concursado:** Sim () Não ()**Data:** ____/____/____**Nome do entrevistador:** _____**Assinatura do entrevistador:** _____

Anexo 2: Ficha de Identificação do Integrante de Equipe da ESF**Nº da cidade**____ **Nº da unidade** ____ **Numero do suj:** _____**Nome:**
_____**Tel (com DDD):** _____ **Cel (com DDD):** _____**Sexo:** Masc. (☐) Fem. (☐) **Idade :** _____**Cargo:**_____ **Está no cargo há** _____ **anos,** _____ **meses.****Formação profissional:** _____**Concursado:** sim (☐), não (☐)**Data:** ____/____/____**Nome do entrevistador:** _____**Assinatura do entrevistador:** _____

Anexo 3: Questionário para Equipes da ESF

Anexo 3_1: Questionário para Equipes da ESF

Cidade: ____ Coord: ____ Sup: ____ Unid: ____ Equi: ____ Tipo: ____ Suj: ____

(LER) AS PRIMEIRAS PERGUNTAS SÃO RELACIONADAS À SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO EM GERAL

1. Você observa problemas de Saúde Mental na população assistida pela sua Equipe de Saúde da Família (ESF)?

1. Sim 0.Não 99.N/S

2. Existe algum tipo de **informação, indicação ou orientação** que a equipe recebe para identificar problemas de Saúde Mental?

1. Sim 0.Não 99.N/S (Caso não ou N/S pule para 04)

3. Se há **informação, indicação ou orientação**, diga qual (quais) é (são):
(pode haver mais de uma resposta)

01	Protocolo, roteiro ou formulário	07	Discussão c/ profissional do CAPS
02	Treinamento/capacitação	08	Orientação do médico da ESF
03	Reunião de equipe do ESF	09	Orientação do enfermeiro da unidade
04	Educação continuada	10	Orientação do gerente da unidade
05	Reunião c/ profissional da UBS apoio	11	Observação de sintomas
06	Discussão c/profissional especializado	98	Outros. Quais? _____

4. Existe algum **procedimento** previsto no caso da ocorrência de problemas de Saúde Mental?

1. Sim 0.Não 99.N/S (Caso não ou N/S pule para 06)

5. Se há algum **procedimento**, identifique qual (quais) é (são):
(pode haver mais de uma resposta)

01	Telefonar p/ especialidade	11	Discutir c/ NASF
02	Discutir o caso na equipe SF	12	Encaminhar p/ NASF
03	Discutir o caso c/ profiss. serviço especializado	13	Encaminhar p/ UBS de apoio
04	Discutir o caso em reunião com outros serviços	14	Encaminhar p/ PS
05	Encaminhar p/ médico da UBS	15	Encaminhar p/ internação
06	Encaminhar p/ enfermeiro da UBS	16	Acolhimento na própria unidade
07	Discutir com o médico da ESF	17	Medicar na unidade
08	Discutir com enfermeiro da ESF	18	Inserir em grupo na própria unidade
09	Discutir com gerente da UBS	98	Outros. Quais? _____
10	Encaminhar p/ especialidade		

6. Existe alguma forma de **registro** prevista no caso da ocorrência de problemas de Saúde Mental?

1. Sim 0.Não 99.NS (Caso não ou N/S pule para 08)

7. Se há forma de **registro**, identifique qual (quais) é (são):
(pode haver mais de uma resposta)

01 Formulário específico para saúde mental	04 Caderno de notas do profissional
02 Prontuário da família/paciente	05 Livro de registro específico p/ SM
03 Livro de registro de ocorrências	98 Outros. Quais? _____

Cidade: ____ **Coord:** ____ **Sup:** ____ **Unid:** ____ **Equi:** ____ **Tipo:** ____ **Suj:** ____

8. Para quem/onde você leva as suas **observações** sobre as queixas de saúde mental? (pode haver mais de uma resposta)

01 Médico ESF	07 Reunião de equipe ESF
02 Enfermeiro ESF	08 Reunião com profissionais de apoio
03 Gerente UBS	09 Reunião com NASF
04 NASF	10 Não encaminha
05 CAPS	98 Outros. Quais? _____
06 UBS de apoio	99 N/S

9. Pergunta em folha anexa

10. Com que frequência é possível discutir os problemas de saúde mental com toda a ESF? (LER)
(Apenas uma resposta)

0. Nunca 1. Raramente 2. Às vezes 3. Frequentemente 4. Sempre

10.1 Mais precisamente: (apenas uma resposta) (LER)

1 1 x por ano	6 1 x a cada 15 dias	99 N/S
2 1 x a cada 6 meses	7 1 x por semana	
3 1 x a cada 3 meses	8 2 x por Semana	
4 1 x a cada 2 meses	9 Diariamente	
5 1 x por mês	98 N/A	

11. Você já teve oportunidade de participar de discussões sobre o tratamento de saúde mental com outros profissionais da rede de assistência, fora das equipes ESF?

1. Sim 0. Não 99. NS (Caso não ou N/S pule para 14)

12. Pergunta em folha anexa

12.1 Pergunta em folha anexa

13. Com que frequência essas reuniões com a rede de assistência acontecem? (LER)

0. Nunca 1. Raramente 2. Às vezes 3. Frequentemente 4. Sempre

13.1 Mais precisamente: (apenas uma resposta) (LER)

1 1 x por ano	6 1 x a cada 15 dias	99 N/S
2 1 x a cada 6 meses	7 1 x por semana	
3 1 x a cada 3 meses	8 2 x por Semana	
4 1 x a cada 2 meses	9 Diariamente	
5 1 x por mês	98 N/A	

(LER) AGORA AS PERGUNTAS SÃO RELACIONADAS APENAS À SAÚDE MENTAL DE ADULTOS

14. Você acompanha o tratamento dos problemas de saúde mental de **adultos**?

1. Sim 0.Não 99.NS (Caso não ou N/S pule para 17)

15. Pergunta em folha anexa

Cidade: ____ Coord: ____ Sup: ____ Unid: ____ Equi: ____ Tipo: ____ Suj: ____

16. Quais os procedimentos envolvidos no tratamento dos problemas de saúde mental de **adultos na sua ESF**? (pode haver mais de uma resposta)

1 Prescrição de medicação	8 Encaminhamento p/ unidade especializada
2 Orientação em consulta	9 Inclusão em outros serviços de saúde pública
3 Grupos	10 Inclusão em serviços parceiros
4 Atender na própria ESF	11 Inclusão em recursos na comunidade
5 Orientação da prescrição	12 Não tem procedimentos
6 Orientação de escola/professor	98 Outros. Quais? _____
7 Orientação de familiares	99 N/S

17. Pergunta em folha anexa

18. Qual profissional da sua unidade que faz o encaminhamento de **adultos** para essas outras unidades? (Apenas uma resposta)

01 Médico	05 Qualquer profissional da equipe
02 Enfermeiro	06 Médico e Enfermeiro
03 Auxiliar de enfermagem	98 Outros. Quais? _____
04 Agente comunitário de saúde	99 N/S

(LER) AGORA AS PERGUNTAS SÃO RELACIONADAS APENAS A SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

19. Pergunta em folha anexa

20. Pergunta em folha anexa

21. Você acompanha o tratamento dos problemas de saúde mental de **crianças e adolescentes**?

1. Sim 0.Não 99.NS (Caso não ou N/S pule para 24)

22. Pergunta em folha anexa

23. Quais os procedimentos envolvidos no tratamento dos problemas de saúde mental de **crianças e adolescentes na sua ESF**? (pode haver mais de uma resposta)

1 Prescrição de medicação	8 Encaminhamento p/ unidade especializada
2 Orientação em consulta	9 Inclusão em outros serviços de saúde pública
3 Grupos	10 Inclusão em serviços parceiros
4 Atender na própria ESF	11 Inclusão em recursos na comunidade
5 Orientação da prescrição	12 Não tem procedimentos
6 Orientação de escola/professor	98 Outros. Quais? _____
7 Orientação de familiares	99 N/S

24 Pergunta em folha anexa

25. Qual profissional da sua unidade que faz o encaminhamento de **crianças e adolescentes** para essas outras unidades? (Apenas uma resposta)

01 Médico	05 Qualquer profissional da equipe
02 Enfermeiro	06 Médico e Enfermeiro
03 Auxiliar de enfermagem	98 Outros _____
04 Agente comunitário de saúde	99 N/S

Cidade: ____ Coord: ____ Sup: ____ Unid: ____ Equi: ____ Tipo: ____ Suj: ____

(LER) AGORA AS PERGUNTAS SÃO RELACIONADAS APENAS A PROBLEMAS

26. Você acompanha o tratamento de problemas com **álcool e/ou drogas**?

1. Sim 0. Não 99. NS (Caso não ou N/S pule para 29)

27. Pergunta em folha anexa

28. Quais os procedimentos envolvidos no tratamento dos problemas com **álcool e/ou drogas na sua ESF**? (pode haver m

- 1 Prescrição de medicação
- 2 Orientação em consulta
- 3 Grupos
- 4 Atender na própria ESF
- 5 Orientação da prescrição
- 6 Orientação de escola/professor
- 7 Orientação de familiares

29. Pergunta em folha anexa

30. Quem faz o encaminhamento de problemas com **álcool e drogas** para essas outras unidades? (apenas uma resposta)

01 Médico	05 Qualquer profissional da equipe
02 Enfermeiro	06 Médico e Enfermeiro
03 Auxiliar de enfermagem	98 Outros _____
04 Agente comunitário de saúde	99 N/S

(LER) AGORA AS PERGUNTAS SÃO RELACIONADAS COM TODOS OS PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL

31. Quando o atendimento ocorre em outros equipamentos da rede, existem modos para manter o contato com o **tratamento** do usuário?

1. Sim 0. Não 99. NS (se não ou N/S pular para 34)

32. Pergunta em folha anexa**33. Pergunta em folha anexa**

34. Com que frequência você recebe orientações para continuar a atender na SF as pessoas com transtornos mentais? (LER)

0. Nunca 1. Raramente 2. Às vezes 3. Frequentemente 4. Sempre

34.1 Mais precisamente: (apenas uma resposta) (LER)

1 1 x por ano	6 1 x a cada 15 dias	99 N/S
2 1 x a cada 6 meses	7 1 x por semana	
3 1 x a cada 3 meses	8 2 x por Semana	
4 1 x a cada 2 meses	9 Diariamente	
5 1 x por mês	98 N/A	

35. Você participou de algum tipo de capacitação formal (cursos) para identificar e/ou atender problemas de SM?

1. Sim 0. Não 99. NS (Caso não ou N/S pule para 39)

Cidade: _____ **Coord:** _____ **Sup:** _____ **Unid:** _____ **Equi:** _____ **Tipo:** _____ **Suj:** _____

36. Qual foi a forma da última capacitação? (Apenas uma resposta) (LER)

01 Curso	04 Oficina
02 Palestra	98 Outra _____
03 Seminário	99 N/S

36.1 Esta foi proporcionada por qual instituição?

36.2 Esta instituição é: 1. Municipal 2. Estadual 3. Federal 4. OS 98. Outro Qual? _____ 99. N/S

37. Quando ocorreu a última capacitação? ____/____/____ /01/1901. NS

38. Você considera que a capacitação que recebeu foi: (LER)

0. Péssima 1. Ruim 2. Regular 3. Boa 4. Ótima

39. Há dificuldades no atendimento à população que apresenta problemas de Saúde Mental na sua ESF?

1. Sim 0. Não 99. N/S (se não ou N/S pule para 40)

39.1 Pergunta em folha anexa

40. O quanto você se sente em condições para lidar com os problemas de Saúde Mental na ESF? (LER)

0. Não se sente 1. Precário 2. Regular 3. Bem 4. Muito bem

41. Por quê? (pode haver mais de uma resposta)

1 Gosta	7 A equipe dá suporte
2 Não gosta	8 A equipe não dá suporte
3 Tem formação para isso	9 Há ajuda dos serviços especializados(CAPS/NASF)
4 Não tem formação para isso	10 Não há ajuda dos serviços especializados(CAPS/NASF)
5 Se sente capacitado	98 Outros _____
6 Não se sente capacitado	99 N/S

42. Há na região algum serviço ou equipe de apoio de saúde mental para os casos atendidos pela sua ESF?

1. Sim 2. Não 99. N/S (Caso não ou N/S pule para 45)

43. Se sim qual? (apenas uma resposta)

01 NASF	05 Hosp. Geral
02 CAPS	06 Hosp. Psiquiátrico
03 Ambulatório de Especialidades	98 Outro _____
04 UBS	

44. Quais são as atribuições dessa equipe de apoio para com a sua ESF?
(pode haver mais de uma resposta)

- 01 Suporte para discussão de casos
 02 Suporte para capacitação das equipes
 03 Suporte para atendimento dos casos
 98 Outra. Qual? _____

45. Quantas famílias você tem cadastradas? (total) Nº: _____ 9999.NS

Cidade: _____ **Coord:** _____ **Sup:** _____ **Unid:** _____ **Equi:** _____ **Tipo:** _____ **Suj:** _____

45.1 Destas, quantas possuem problemas de saúde mental? (Total) Nº _____ 9999. N/S

46. Você gostaria de apresentar sugestões para facilitar e/ou melhorar o trabalho em Saúde Mental para **crianças e adolescentes** na ESF?

1. Sim 0. Não (Caso não encerre o questionário)

47. Se sim, quais?

Confira o questionário e o termo de consentimento, não se esqueça de anotar o telefone de contato para futura correção de possíveis erros.

Anexo 3_2: Anexo do Questionário para Equipes da ESF

Cidade: _____ Coord: _____ Sup: _____ Unid: _____ Equi: _____ Tipo: _____ Suj: _____

9. Como suas observações, sobre as queixas de saúde mental, são acolhidas na sua equipe de Saúde da família? Quais as quatro que você considera mais relevantes? Classifique de 1 a 4 sendo 1, menos importante e 4, mais importante. (LER)

☐ Anotadas no prontuário
☐ Levadas para discussão na ESF
☐ Levadas para discussão equipe de apoio
☐ Levadas p/ discussão com o NASF
☐ Levadas p/ discussão com o CAPS
☐ Discutidas com o enfermeiro | ☐ Discutidas com o médico
☐ Não são acolhidas
Outros. Especifique:
☐ _____
☐ _____
☐ _____ |
|--|---|

Ir para a questão 10

12. Se sim, quais foram esses profissionais? (pode haver mais de uma resposta)

01 Psiquiatra (CAPS/APOIO/NASF)
02 Psicólogo (CAPS/APOIO/NASF)
03 Fono (CAPS/APOIO/NASF)
04 TO (CAPS/ APOIO /NASF)
05 Enfermeiro (CAPS/ APOIO /NASF)
06 Assistente social (CAPS/ APOIO /NASF)
07 Equipe do CAPS
08 Outro profissional do (CAPS/ APOIO /NASF) | 09 Profissional da UBS
10 Professor
11 Profissional do CECCO
12 Conselho Tutelar
13 Profissional da OS
98 Outro Qual? _____
99 N/S |
|---|--|

12.1 Isso ocorre em reuniões: 1. Formais 2. Informais 3. Ambas

Ir para a questão 13

15. Se sim, como **você** acompanha estes problemas? (pode haver mais de uma resposta)

01 Marca consulta na unidade ESF
02 Vai com o paciente ao local de tratamento
03 Faz visita domiciliar
04 Faz orientação à família do paciente
05 Realiza grupos/atividades com o paciente | 06 Ministra medicação p/ o paciente
07 Recebe notícias em reuniões específicas
08 Orienta procedimentos p/ equipe
98 Outros. Quais? _____ |
|--|--|

Ir para a questão 16

17. Onde acontece o tratamento em Saúde Mental para **adultos da região da sua ESF**?

Classifique de 1 a 4 sendo 1, menos expressiva e 4, mais expressiva.

☐ Unidade de Saúde da Família
☐ Ambulatório de Saúde Mental
☐ CAPS
☐ Pronto Socorro | ☐ Hospital Psiquiátrico
Outros. Especifique:
☐ _____
☐ _____ |
|--|---|

() Hospital Geral () _____

Ir para a questão 18

Cidade: ____ **Coord:** ____ **Sup:** ____ **Unid:** ____ **Equi:** ____ **Tipo:** ____ **Suj:** ____

19. Quais são as **4 principais** queixas que aparecem relacionadas à Saúde Mental de **crianças e adolescentes** na população assistida por sua ESF?

Classifique de 1 a 4 sendo 1, menos expressada e 4, mais expressada.

() Aprendizagem/queixas escolares	() Enurese
() Comportamento/casa ou escola	() Problemas do sono
() Uso/abuso de álcool/drogas	() TOC
() Problemas alimentares	() Psicose
() Deficiência mental	() Autismo
() Isolamento/timidez	Outros. Especifique:
() Agressividade/violência	() _____
() Lar desestruturado	() _____
() Depressão	() _____

20. Quem mais expressa essas queixas de Saúde Mental de **crianças e adolescentes**?

Classifique de 1 a 5 sendo 1, quem menos expressa e 5, quem mais expressa. (LER)

() Família	() A própria criança / adolescente
() Escola	() Comunidade (religiosa, vizinhos, amigos...)
() Conselho tutelar	

Ir para a questão 21

22. Como **você** acompanha os problemas de SM de crianças e adolescentes? (pode haver mais de uma resposta)

01 Marca consulta na unidade ESF	06 Ministra medicação p/ o paciente
02 Vai com o paciente ao local de tratamento	07 Recebe notícias em reuniões específicas
03 Faz visita domiciliar	08 Orienta procedimentos p/ equipe
04 Faz orientação da família do paciente	98 Outros. Quais? _____
05 Realiza grupos/atividades com o paciente	

Ir para a questão 23

24. Onde acontece o tratamento em Saúde Mental para **crianças e adolescentes da região da sua ESF**? Classifique de 1 a 4 sendo 1, menos freqüente e 4, mais freqüente.

() Unidade de Saúde da Família	() Hospital Psiquiátrico
() Ambulatório de Saúde Mental	Outros. Especifique:
() CAPSi	() _____
() Pronto Socorro	() _____
() Hospital Geral	() _____

Ir para a questão 25

Cidade: ____ Coord: ____ Sup: ____ Unid: ____ Equi: ____ Tipo: ____ Suj: ____

27. Se sim, como você acompanha esses problemas? (pode haver mais de uma resposta)

01 Marca consulta na unidade ESF	06 Ministra medicação p/ o paciente
02 Vai com o paciente ao local de tratamento	07 Recebe notícias em reuniões específicas
03 Faz visita domiciliar	08 Orienta procedimentos p/ equipe
04 Faz orientação da família do paciente	98 Outros. Quais? _____
05 Realiza grupos/atividades com o paciente	

Ir para a questão 28

29. Onde acontece o tratamento em Saúde Mental para problemas com **álcool e/ou drogas da região da sua ESF**? Classifique de 1 a 4 sendo 1, menos freqüente e 4, mais freqüente.

☐ Unidade de Saúde da Família	☐ Hospital Psiquiátrico
☐ Ambulatório de Saúde Mental	Outros. Especifique:
☐ CAPS ad	☐ _____
☐ Pronto Socorro	☐ _____
☐ Hospital Geral	☐ _____

Ir para a questão 30

32. Qual é o modo de contato? Classifique de 1 a 3 sendo 1, menos freqüente e 3, mais freqüente.

☐ Relatórios da unidade de tratamento	☐ Visita ao usuário no outro serviço
☐ Telefonemas para a unidade de tratamento	☐ Consulta na ESF
☐ Notícias pela família/usuário	☐ Não tem contato
☐ Reunião com o outro serviço	Outras. Especifique:
☐ Discussão do caso	☐ _____
☐ Acompanhamento em parceria	☐ _____
☐ Visita domiciliar mensal	☐ _____

33. Que tipo de informações são obtidas sobre o tratamento em Saúde Mental realizado em outros equipamentos da rede? Classifique de 1 a 3 sendo 1, menos freqüente e 3, mais freqüente

☐ Qual tratamento realizado	☐ Prognóstico
☐ Tipo de medicamento	☐ Informações sobre o quadro clínico
☐ Grupos de que participa	Outros. Especifique:
☐ Psicoterapia	☐ _____
☐ Não tem informação	☐ _____
☐ Previsão de alta	☐ _____

Ir para a questão 34

Cidade: ____ **Coord:** ____ **Sup:** ____ **Unid:** ____ **Equi:** ____ **Tipo:** ____ **Suj:** ____

39.1 Quais são as três principais dificuldades no atendimento à população que apresenta problemas de Saúde Mental encontradas pela sua equipe? Classifique de 1 a 3 sendo 1 para menor dificuldade e 3 para maior dificuldade

☐ Falta protocolo para identificar problemas	☐ Incompreensão da população sobre ESF
☐ Falta capacitação da equipe	Outro. Especifique:
☐ Falta protocolo para tratamento	☐ _____
☐ Não tem para onde encaminhar	☐ _____
☐ Não há vagas suficientes/ demora	☐ _____

Ir para a questão 40

Anexo 4: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da Pesquisa: “Condições de Acolhimento e Resolutividade de problemas de Saúde Mental Infanto-Juvenil na Estratégia de Saúde da Família (ESF)”

Pesquisador Responsável:

Prof.Dr. Alberto Olavo Advíncula Reis. Dpto. de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. RG: 12.323.021

Convido o (a) senhor (a) a participar desta pesquisa que tem como objetivo conhecer o trabalho que está sendo realizado pelas equipes de Saúde da Família em relação à saúde mental. Será aplicado uma entrevista () ou questionário () com duração aproximada de trinta minutos, quando serão formuladas algumas perguntas referentes aos objetivos deste estudo.

Ao participar deste estudo o (a) Sr (a) permitirá que o (a) pesquisador (a) utilize as informações dadas sem que haja identificação do seu nome. O (a) Sr (a) tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para o (a) Sr (a) no desenvolvimento de suas funções. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone do (a) pesquisador (a) do projeto e, se necessário através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

A participação nessa pesquisa não traz complicações legais. Os procedimentos adotados nessa pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua integridade.

Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente a equipe de pesquisadores terá conhecimento dos dados.

Ao participar desta pesquisa o (a) Sr (a) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que esse estudo forneça informações importantes sobre os processos de trabalho dos serviços pesquisados favorecendo os profissionais e usuários do sistema de saúde. O (a) pesquisador (a) se compromete a divulgar os resultados finais da pesquisa nas Unidades Básicas em que foram feitos os estudos.

O (a) Sr (a) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma voluntária para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem:

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma voluntária e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

Nome do Participante da Pesquisa

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Em caso de dúvidas ou denúncias quanto a questões éticas você poderá entrar em contato com as seguintes pessoas ou instituições:

Pesquisador Responsável: Prof.Dr. Alberto Olavo Advíncula Reis. Av. Dr. Arnaldo, 715 – 2º Andar – Cerqueira César. São Paulo. CEP: 01246-904. Fone: 3061-7703.
E-mail: albereis@usp.br

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP: Prof. Assoc. Cláudio Leone. Av. Dr. Arnaldo, 715 – Térreo – Cerqueira César. São Paulo. CEP: 05049-000. Fone: 3061-7779/7742.

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde
Rua General Jardim, 36 - 8º andar
Fone: 3397-2464 / Fax: 3397-2465
E-mail: smscep@gmail.com

Anexo 6: Orçamento

Tipo de gasto	Valor	Qtde.	Total Geral
Gastos com custeio	R\$	Nº	R\$
Não há Gastos previstos	0	0	0

Anexo 7: Aprovações em Comitês de Ética em Pesquisa e
Autorizações para coleta de Dados

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Faculdade de Saúde Pública
Universidade de São Paulo

OF.COEP/156/11

26 de abril de 2011.

Prezados pesquisador e orientador,

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, em sua 3ª/11 Sessão Ordinária, realizada em 15/4/2011, analisou, de acordo com a Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, o protocolo de pesquisa n.º 2225, intitulado "ACOLHIMENTO DA PESSOA EM SOFRIMENTO PSÍQUICO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA", do grupo III, sob responsabilidade do pesquisador Moacyr Miniussi Bertolino Neto e orientação do Professor Alberto Olavo Advíncula Reis, considerando-o APROVADO.

Cabe lembrar que, de acordo com a Res. CNS 196/96, são deveres do(a) pesquisador(a): 1) Comunicar de imediato qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste Comitê de Ética em Pesquisa para dar continuidade à pesquisa; 2) Manter sob sua guarda e em local seguro, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo COEP, no caso eventual auditoria; 3) Comunicar formalmente a este Comitê quando houver o encerramento da pesquisa; 4) Elaborar e apresentar relatórios parciais e final; 5) Justificar perante o COEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Claudio Leone

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - FSP/USP

Ilmo. Sr.
Prof. Dr. Alberto Olavo Advíncula Reis
Departamento de Saúde Materno-Infantil
Faculdade de Saúde Pública da USP

Av. Dr. Arnaldo, 715 - Cerqueira César - CEP 01246-904 - São Paulo - SP
Contato: (55 11) 3061 7779 | coep@fsp.usp.br | www.fsp.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COEP/FSP

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

OF.COEP/234/09

São Paulo, 10 de agosto de 2009.

Prezado(a) Pesquisador(a) e Orientador(a),

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – COEP/FSP, **analisou** em sua **6.ª/09 Sessão Ordinária** realizada em **07/08/2009**, de acordo com a Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS e suas complementares o protocolo de pesquisa n.º **2009**, intitulado **"CONDIÇÕES DE ACOlhIMENTO E RESOLUTIVIDADE DE PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL INFANTO JUVENIL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA"**, área temática **GRUPO III**, sob responsabilidade do(a) pesquisador(a) **Alberto Olavo Advíncula Reis**, considerando-o **APROVADO**.

Cabe lembrar que conforme Resolução CN /196/96, são deveres do (a) pesquisador (a): **1. Comunicar**, de imediato, qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste CEP (Comitê de Ética em Pesquisa), para dar continuidade à pesquisa; **2. Manter sob sua guarda e em local seguro**, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP, no caso eventual auditoria; **3. Comunicar**, formalmente a este Comitê, quando do encerramento deste projeto; **4. Elaborar e apresentar relatórios parciais e final**; **5. Justificar**, perante o CEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

Cláudio Leone

Professor Titular

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - COEP

Ilm.º Sr.

Prof. Dr. Alberto Olavo Advíncula Reis
Departamento de Saúde Materno-Infantil
Faculdade de Saúde Pública – USP

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL
Laboratório de Saúde Mental Coletiva - LASAMEC-
Av. Dr. Arnaldo, 715 sala 218 - Cerqueira Cesar
CEP: 01246-904 São Paulo/SP
Tel.: (011) 3066-7703 / 3081-2451 Fax.: (011) 3085-0240
lasamec@yahoogrupos.com.br

À Diretoria Executiva Projeto
Região Oeste - FMUSP
DD. Sra. Dra. Alexandra Brentani

São Paulo, 28 de setembro de 2009

Prezada Dra. Alexandra Brentani

Vimos, por meio desta, encaminhar, para seu conhecimento e devido registro, o projeto de pesquisa "Condições de acolhimento e resolatividade de problemas de saúde mental infanto-juvenil na Estratégia de Saúde da Família", financiado pelo CNPq, proc. n.575238/2008-9. Parte da pesquisa tem seu campo em serviços inseridos na região da Coordenação de Saúde Centro-Oeste e consistirá de entrevistas com técnicos das equipes de saúde da família. O referido projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Cidade São Paulo. Desse modo, gostaria de solicitar sua devida anuência para a realização da pesquisa e que as Unidades Básicas de Saúde sejam informadas para que possamos entrar em contato e agendar as entrevistas. O projeto e toda documentação encontram-se anexada.

Para quaisquer informações que se façam necessárias, colocamo-nos ao seu inteiro dispor.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Alberto Olavo Advincula Reis
Docente do Dept. de saúde materno-infantil
Faculdade de Saúde Pública - USP
e-mail: albereis@usp.br
(11) 30617126 / 30812451

Moacyr Miniussi Bertolino Neto
Gerente da Pesquisa
e-mail: moacyr.bertolino@yahoo.com.br
(11) 8145-9624

Prezado Professor,
A Gerente de Ensino
e Pesquisa do projeto,
DRA. Andrea Telópio,
Entrará em contato
para - agendarmos
a visita.

Alexandra
28/09/09

Dra. Alexandra Brentani
Diretora Executiva
Projeto Região Oeste - FMUSP

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE DIADEMA
SECRETARIA DA SAÚDE
ESCOLA DE SAÚDE

Diadema, 14 de agosto de 2009
 MI 06/0135/2009 – ES

Ao
 Gabinete
 A/C. Sra. Aparecida Linhares Pimenta
 Secretária de Saúde

Solicitamos autorização para início da coleta de dados referente ao trabalho acadêmico de pesquisa intitulado “ Condições de acolhimento e resolutividade de problemas de saúde mental infanto-juvenil na estratégia de Saúde da Família” - conclusão do curso de habilitação profissional da Universidade de São Paulo, orientado pelo Prof. Dr. Alberto Olavo Advíncula Reis..

Informamos que o referido trabalho cumpre os requisitos necessários de pesquisas com seres humanos e tem relevância para o município.

Atenciosamente,

Autorizado

pimenta 14/08/09

Aparecida Linhares Pimenta
 Secretária Municipal de Saúde

João Gustavo Negrão
 João Gustavo Negrão
 Coordenador
 Escola de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE BAURU**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Fone: (014) 3235-1455 Fax(014) 3235-1481

Email: saude@bauru.sp.gov.br

Bauru, 17 de agosto de 2009.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o Projeto de Pesquisa intitulado: **“Condições de acolhimento e resolutividade de problemas de saúde mental infanto-juvenil na Estratégia de Saúde da Família (ESF)”**, tendo como pesquisador responsável Prof. Dr. Alberto Ólavo Advincula Reis, foi analisado pela Comissão de Ética em Estudo e Pesquisas desta Secretaria Municipal de Saúde sendo autorizada a sua realização.

Além disso, ressaltamos que os resultados deste trabalho deverão ser apresentados a Secretaria Municipal de Saúde.

Dr.ª Maria Lígia Gerdullo Pin
Presidente da Comissão de Ética
em Estudo e Pesquisas da SMS

Dr. José Fernando Casquel Monti
Secretário Municipal de Saúde

Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande

Secretaria de Saúde Pública

Departamento de Assistência à Saúde

D E C L A R A Ç Ã O

Eu, **Eduardo Dall' Acqua**, Secretário de Saúde Pública do Município de Praia Grande, declaro estar ciente e autorizo a realização da pesquisa intitulada **Condições de acolhimento e resolutividade de problemas de saúde mental infanto-juvenil na Estratégia de Saúde da Família (ESF)** nas dependências das Unidades de Saúde da Família do Município de Praia Grande. O estudo será conduzido pelos pesquisadores integrados ao LASAMEC - Laboratório de Saúde Mental Coletiva - do Departamento Materno Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, coordenado pelo Prof. Dr. Alberto Olavo Advíncula Reis. A proposta de pesquisa, em anexo, será submetida ao Conselho Nacional de Pesquisa - CNPq, para efeito de financiamento.

Praia Grande, 20 de setembro de 2007.

Dr. Eduardo Dall'Acqua*Secretário de Saúde Pública*

Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande

Estado de São Paulo

PORTARIA SESAP/ Nº 028/2009

Dr. Adriano Springmann Bechara, Secretário de Saúde Pública da Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei Complementar nº 538, de 18/05/2009,

CONSIDERANDO

- a) O interesse, a oportunidade e a conveniência dessa Secretaria de Saúde Pública no desenvolvimento de parcerias com instituições de ensino e pesquisa em Saúde, a fim de promover melhorias na assistência a saúde da população de Praia Grande;
- b) A manifestação da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – USP, conforme documento oficial de fls.02 nos autos do Processo Administrativo nº 20.696/2009.
- c) Que a citada instituição informa sobre a aplicação em 2009 do projeto de pesquisa intitulado: "Condições de Acolhimento e Resolutividade de Problemas de Saúde Mental Infanto-Juvenil na Estratégia de Saúde da Família", cujo projeto há interesse no seu desenvolvimento neste Município.

RESOLVE

Autorizar a realização de pesquisa intitulada "**Condições de Acolhimento e Resolutividade de Problemas de Saúde Mental Infanto-Juvenil na Estratégia de Saúde da Família**", promovida pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – USP, junto as Unidades de Saúde da Família (USAFAs) desta Municipalidade, no ano em curso, sob acompanhamento direto do Departamento de Assistência a Saúde.

Esta Portaria revoga as demais disposições, em contrário.

Registre-se, Publique-se e Dê-se Ciência.

Palácio São Francisco de Assis, Prefeitura da Estância Balneária de Grande,
ao primeiro dia do mês de setembro de dois mil e nove, ano Quadragésimo Terceiro de Emancipação.

DR. ADRIANO SPRINGMANN BECHARA
SECRETÁRIO DE SAÚDE PÚBLICA

SUS

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde
Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde

MEMORANDO Nº 212/2009
DE: Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde
PARA: Distritos de Saúde
DATA: 14/08/09

Prezados Senhores,

Solicito que comunique as Unidades discriminadas abaixo, que a Pesquisa, MULTICÊNTRICA, intitulada "CONDIÇÕES DE ACOLHIMENTO E RESOLUTIVIDADE DE PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL INFANTO JUVENIL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA", que tem por objetivo identificar o modo pelo qual os processos de trabalho se desenvolvem em relação aos problemas de Saúde Mental em geral, e os de crianças e adolescentes em particular, junto à Estratégia de Saúde da Família está **AUTORIZADA**.

O pesquisador Professor Doutor Alberto Olavo Advincula Reis, da USP São Paulo, e/ou alguém indicado por ele entrará em contato com as unidades para iniciar o processo de coleta de dados.

DISTRITO	UNIDADES
SUDOESTE	CS DIC I, CS JARDIM AEROPORTO, CS JARDIM CAPIVARI, CS JARDIM ITATINGA, CS JARDIM SÃO CRISTÓVÃO, CS SANTO ANTONIO e CS UNIÃO DOS BAIRROS
DISTRITO NORTE	CS BARÃO GERALDO, CS JARDIM AURÉLIA, CS SÃO MARCOS e CS BOA VISTA

Atenciosamente.

 Alóide Ladeira Guimarães
 Coordenadora

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde

AUTORIZAÇÃO

Autorizo a realização da Pesquisa, MULTICÊNTRICA, intitulada “**CONDIÇÕES DE ACOLHIMENTO E RESOLUTIVIDADE DE PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL INFANTO JUVENIL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**”, que tem por objetivo identificar o modo pelo qual os processos de trabalho se desenvolvem em relação aos problemas de Saúde Mental em geral, e os de crianças e adolescentes em particular, junto à Estratégia de Saúde da Família.

Declaro estar ciente que a pesquisa financiada pelo CNPq e já em processo de aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP será desenvolvida nos municípios de São Paulo, Praia Grande, Diadema, Bauru e Campinas (profissionais que atuam nas Equipes de Saúde da Família de 11 – onze – Unidades de Saúde) sob a coordenação do Professor Doutor Alberto Olavo Advincula Reis.

Dr. JOSÉ FRANCISCO KERR SARAIVA
Secretário Municipal de Saúde.

Campinas, 28 de julho de 2009

RELAÇÃO DAS UNIDADES PARA DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

UNIDADE	COORDENADOR	TELEFONE
CS DIC I	LUÍZ HERMINIO	3226-9001 3266-9874
CS JARDIM AEROPORTO	CAMILA SEVERING	3266-1725 3266-9871
CS JARDIM CAPIVARI	RITA DE CÁSSIA	3223-6260 3223-4533
CS JARDIM ITATINGA	ZELIETE ZAMBONI	3225-9939 3225-7145
CS JARDIM SÃO CRISTOVÃO	ELIANA CRISTINA	3225-6228 3262-6823
CS SANTO ANTONIO	DENISE CURY	3266-3134 3266-6954
CS UNIÃO DOS BAIRROS	MARCIA HELENA	3226-6300 3226-9856
CS BARÃO GERALDO	SVETILANA	3289-9691 3289-4475
CS JARDIM AURÉLIA	MARIA ANGELA	3243-5182 3213-7822
CS SÃO MARCOS	VALÉRIA SERIANE	3246-3018 3246-3989
CS BOA VISTA	IVANEI	3245-1259 3245-2662

Secretaria Municipal da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

1

São Paulo, 27 de julho de 2009.
PARECER Nº 264/09 – CEP/SMS
CAAE: 0160.0.162.207-07

Para
Prof. Dr. Alberto Olavo Advíncula Reis
Sr(a) Pesquisador(a)

IDENTIFICAÇÃO

- ❖ **Projeto de Pesquisa:** Condições de acolhimento e resolutividade de problemas de saúde mental infanto-juvenil na estratégia de saúde da família (ESF)
- ❖ **Pesquisador Responsável:** Prof. Dr. Alberto Olavo Advíncula Reis
- ❖ **Instituição:** Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

I. Adendo ao projeto acima identificado, quanto à:

1. Substituição da cidade de Ribeirão Preto por Campinas. Justifica-se pelo fato de que Campinas passa a ser representante da Terceira Região Metropolitana do Estado de São Paulo, que não havia sido contemplada na redação anterior do projeto.
2. Alteração do método de seleção da amostra - de proposital para probabilística, para que os dados a serem obtidos e analisados possam ser generalizados ao conjunto da população definida pela pesquisa
3. Alteração do número de sujeitos participantes respondendo a uma melhor distribuição da amostra dentro dos municípios participantes
4. Substituição dos Supervisores de Saúde Mental pelos Gerentes de UBS/ESF pelo fato de que não haver, em todos os Municípios, o cargo de Supervisor.
5. Alteração do orçamento em função do redimensionamento da pesquisa.

II. Considerações:

Do ponto de vista da ética, estas alterações não mudam a essência do estudo que continua a mesma, havendo apenas mudanças metodológicas.

O TCLE foi retificado e considerado adequado.

III - Parecer do CEP: Projeto APROVADO

Antes do início da coleta de dados, alertamos para a necessidade de contato com o gerente da unidade quando não foi ele quem autorizou a realização da pesquisa.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

Jose Araújo Lima Filho
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

Secretaria Municipal da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/SMS

2

PARECER Nº 299/07 – CEP/SMS
CAAE: 0160.0.162.207-07

❖ **Sujeitos:**

Os sujeitos da pesquisa são definidos como as equipes de saúde da família – médicos, enfermeiros, auxiliares, agentes comunitários de saúde, gestores e coordenadores de saúde da família, interlocutores de saúde da família e coordenadores de saúde mental. Os sujeitos serão identificados e escolhidos de acordo com critérios pré-definidos.

❖ **Amostras:**

Considerando a existência ou não de equipamentos de saúde mental, serão identificadas três unidades de saúde da família em cada condição, somando seis localizadas em cada Coordenadoria Regional de Saúde.

Na cidade de São Paulo, como são cinco as Coordenadorias, serão identificadas 30 Unidades de Saúde da Família, e, em cada uma, será sorteada uma equipe. Assim, uma amostra que contemple todas as coordenadorias provavelmente será constituída de:

Descrição dos participantes (Município de São Paulo)	Total
30 Equipes de SF (10 profissionais/equipe)	300 Protocolos
5 Coordenadores de ESF	5 Entrevistas
1 Coordenador Municipal De Saúde Mental	1 Entrevista
Interlocutores de Supervisão ESF	10 Entrevistas
Interlocutores de Supervisão SM	5 Entrevistas
	Total = 321 sujeitos

A cidade de Praia Grande possui 9 Unidades Básicas de Saúde e 27 Equipes de Saúde da Família. A cobertura da ESF na cidade é de 80%. Assim, a amostra de pesquisa será possivelmente a seguinte:

Descrição dos participantes (Município de Praia Grande)	Total
9 Equipes de SF (10 profissionais/equipe)	90 Protocolos
1 Supervisor/Coordenadores de ESF	1 Entrevistas
1 Supervisor/Coordenadores de SM	1 Entrevista
	Total = 92 sujeitos

A análise dos dados da pesquisa quanti-qualitativa será realizada através do cruzamento das informações favorecendo o trabalho de interpretação dos dados qualitativos e quantitativos permitindo avaliar os modos de operar das equipes de SF, a sua inserção na rede de assistência, e o discurso existente sobre o trabalho em saúde mental. Para os dados quantificáveis será utilizado o programa EPI-Info, destinado a descrição estatística. Quanto aos dados qualitativos dos formulários e entrevistas será empregada técnica de análise de conteúdo.

CONSIDERAÇÕES

❖ **Local de Realização**

O estudo, não multicêntrico, será realizado nas Unidades Básicas de Saúde que possuam equipes completas de SF nos municípios de Praia Grande e Cidade de São Paulo. O número total de sujeitos da pesquisa é 413, sendo a distribuição dos sujeitos da pesquisa equitativa.

❖ **Apresentação do Protocolo**

A folha de rosto está corretamente preenchida e o currículo do pesquisador está de acordo com a proposta da pesquisa. O orçamento e cronograma da pesquisa detalhado estão adequados. O pesquisador compromete-se a informar os resultados da pesquisa para a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo – SMS, através de um relatório de resultados finais, bem como pessoalmente, se for solicitado pela mesma. O pesquisador compromete-se ainda a divulgar os resultados do estudo para as pessoas cujos dados foram analisados no trabalho (sujeitos da pesquisa).

Leiz

Secretaria Municipal da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/SMS

São Paulo, 17 de dezembro de 2007.
PARECER Nº 299/07 – CEP/SMS
CAAE: 0160.0.162.207-07

Para
Prof. Dr. Alberto Olavo Advíncula Reis
Sr(a) Pesquisador(a)

IDENTIFICAÇÃO

- ❖ Projeto de Pesquisa: Condições de acolhimento e resolutividade de problemas de saúde mental infanto-juvenil na estratégia de saúde da família (ESF)
- ❖ CAAE: 160.0.162.207-07
- ❖ Pesquisador Responsável: Prof. Dr. Alberto Olavo Advíncula Reis
- ❖ Instituição: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo
- ❖ Área de Conhecimento: Ciências da Saúde / Saúde Coletiva
- ❖ Patrocinador: Projeto enviado ao CNPq

SUMÁRIO GERAL DO PROTOCOLO

O presente projeto focaliza o desenvolvimento e aplicação das políticas públicas de saúde mental da infância e adolescência na estratégia de saúde da família. No bojo dos modos de operar das equipes de Saúde da Família (ESF) eleitas como população de estudo, pretende-se investigar: como são realizados os diagnósticos de transtornos mentais em crianças e adolescentes, qual sua prevalência por tipo e faixa etária, como se organizam e funcionam os fluxos de encaminhamento dos casos e, finalmente como ocorre a integração entre as equipes de SF e as instâncias hierárquicas do Sistema Único de Saúde (SUS).

❖ Objetivos específicos:

Evidenciar os processos de capacitação para lidar com questões de saúde mental (SM) aos quais os profissionais da ESF foram submetidos.

Descrever e compreender o modo como os profissionais identificam os problemas de SM Infanto-Juvenil.

Identificar o que é considerado como problemas de saúde mental pelas equipes de SF.

Caracterizar quais são os principais problemas de saúde mental identificados na ESF.

Identificar os fluxos de referência e contra-referência dos casos de SM Infanto-Juvenil, elucidando como e para onde encaminham casos de SM Infanto-Juvenil.

Contribuir com subsídios para a formulação de políticas públicas viáveis e para a elaboração de protocolos de atenção à saúde mental de crianças e adolescentes na atenção básica.

❖ Metodologia:

O trabalho em campo será realizado com pesquisadores que serão treinados e receberão suporte de supervisores de campo.

Os membros das equipes de SF responderão individualmente a um formulário por escrito, ao passo que coordenadores e supervisores dos Programas de Saúde Mental e de Saúde da Família, participarão de entrevistas semidirigidas individuais com o pesquisador, que serão gravadas e depois transcritas para preservar o conteúdo das respostas. A agenda de entrevistas deverá ser feita com as equipes conforme a disponibilidade dos participantes.

Serão utilizados dois instrumentos: formulário e roteiro de entrevista semi-dirigida. O formulário será aplicado aos profissionais das equipes e constam de itens que abordam os seguintes temas relacionados ao cuidado em saúde mental: observação, identificação e registro das queixas/problemas, discussão de diagnóstico, tratamento, encaminhamento/articulação com a rede de assistência, capacitação profissional. A entrevista semi-dirigida será realizada junto aos coordenadores dos Programas, e inclui questões gerais sobre a atenção em saúde mental na ESF, capacitação e reciclagem dos profissionais, avaliação e *feedback* para as equipes, existência de formulários, protocolos e procedimentos para encaminhamento.

❖ Campo e População:

O campo é constituído pelos municípios de Praia Grande e Cidade de São Paulo, sendo a população definida como o conjunto de Unidades Básicas de Saúde presentes no campo que possuam equipes completas de SF.

João

Secretaria Municipal da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/SMS

PARECER Nº 299/07 – CEP/SMS
CAAE: 0160.0.162.207-07

❖ **Avaliação dos Riscos e Benefícios**

A metodologia é adequada aos objetivos, sendo que a mesma não impõe condição de risco ou desconforto ao sujeito da pesquisa. Nenhum dos procedimentos utilizados no estudo oferece riscos a integridade do participante. Não há grupos vulneráveis identificados no estudo. Não há grupo placebo no estudo. Os direitos fundamentais do sujeitos da pesquisa estão garantidos, tais como informação, privacidade, recusa inócua e desistência e acesso ao pesquisador.

❖ **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é conciso e objetivo, sendo redigido na forma de convite à participação no estudo. Há explicitação das garantias referidas no item IV.1 da Res. CNS 196/96, como descrição suficiente dos procedimentos e linguagem adequada ao nível sócio-cultural dos sujeitos da pesquisa. O TCLE permite uma decisão consciente do sujeito da pesquisa, assim como permite a interrupção de sua participação no estudo em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para o mesmo. O pesquisador utilizará as informações dadas sem que haja identificação do nome do participante. As informações coletadas neste estudo serão estritamente confidenciais, apenas a equipe de pesquisadores terá conhecimento dos dados.

❖ **Considerações Finais**

Há pertinência e valor científico no estudo proposto. Os resultados obtidos no estudo permitem conhecer o processo de trabalho da ESF e as estratégias de enfrentamento vividas no cotidiano das equipes e podem contribuir, para a criação de protocolos de atendimento em saúde mental de crianças e adolescentes, inexistentes atualmente e importantes coadjuvantes na formação, capacitação e aperfeiçoamento das equipes.

PARECER DO CEP: PROJETO APROVADO

Como procedimento adotado por este Comitê de Ética em Pesquisa, solicitamos a inclusão, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do seguinte: qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo – Rua General Jardim, 36 – 2º andar – Telefone: 3218-4043 – e-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br. Lembramos que este parecer não basta para que seu estudo possa se realizar dentro da unidade, é necessária também a permissão administrativa da autoridade sanitária.

Salientamos os seguintes aspectos a serem considerados pelo pesquisador:

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma ou sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - item IV.1f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento livre e esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.2.d)
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

Atenciosamente,

IARA COELHO ZITO GUERRIERO
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa da
Secretaria Municipal da Saúde – CEP/SMS

Secretaria Municipal da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/SMS

São Paulo, 17 de dezembro de 2007.
PARECER Nº 299/07 – CEP/SMS
CAAE: 0160.0.162.207-07

Para
Prof. Dr. Alberto Olavo Advíncula Reis
Sr(a) Pesquisador(a)

IDENTIFICAÇÃO

- ❖ Projeto de Pesquisa: Condições de acolhimento e resolutividade de problemas de saúde mental infanto-juvenil na estratégia de saúde da família (ESF)
- ❖ CAAE: 160.0.162.207-07
- ❖ Pesquisador Responsável: Prof. Dr. Alberto Olavo Advíncula Reis
- ❖ Instituição: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo
- ❖ Área de Conhecimento: Ciências da Saúde / Saúde Coletiva
- ❖ Patrocinador: Projeto enviado ao CNPq

SUMÁRIO GERAL DO PROTOCOLO

O presente projeto focaliza o desenvolvimento e aplicação das políticas públicas de saúde mental da infância e adolescência na estratégia de saúde da família. No bojo dos modos de operar das equipes de Saúde da Família (ESF) eleitas como população de estudo, pretende-se investigar: como são realizados os diagnósticos de transtornos mentais em crianças e adolescentes, qual sua prevalência por tipo e faixa etária, como se organizam e funcionam os fluxos de encaminhamento dos casos e, finalmente como ocorre a integração entre as equipes de SF e as instâncias hierárquicas do Sistema Único de Saúde (SUS).

❖ Objetivos específicos:

Evidenciar os processos de capacitação para lidar com questões de saúde mental (SM) aos quais os profissionais da ESF foram submetidos.

Descrever e compreender o modo como os profissionais identificam os problemas de SM Infanto-Juvenil.

Identificar o que é considerado como problemas de saúde mental pelas equipes de SF.

Caracterizar quais são os principais problemas de saúde mental identificados na ESF.

Identificar os fluxos de referência e contra-referência dos casos de SM Infanto-Juvenil, elucidando como e para onde encaminham casos de SM Infanto-Juvenil.

Contribuir com subsídios para a formulação de políticas públicas viáveis e para a elaboração de protocolos de atenção à saúde mental de crianças e adolescentes na atenção básica.

❖ Metodologia:

O trabalho em campo será realizado com pesquisadores que serão treinados e receberão suporte de supervisores de campo.

Os membros das equipes de SF responderão individualmente a um formulário por escrito, ao passo que coordenadores e supervisores dos Programas de Saúde Mental e de Saúde da Família, participarão de entrevistas semidirigidas individuais com o pesquisador, que serão gravadas e depois transcritas para preservar o conteúdo das respostas. A agenda de entrevistas deverá ser feita com as equipes conforme a disponibilidade dos participantes.

Serão utilizados dois instrumentos: formulário e roteiro de entrevista semi-dirigida. O formulário será aplicado aos profissionais das equipes e constam de itens que abordam os seguintes temas relacionados ao cuidado em saúde mental: observação, identificação e registro das queixas/problemas, discussão de diagnóstico, tratamento, encaminhamento/articulação com a rede de assistência, capacitação profissional. A entrevista semi-dirigida será realizada junto aos coordenadores dos Programas, e inclui questões gerais sobre a atenção em saúde mental na ESF, capacitação e reciclagem dos profissionais, avaliação e *feedback* para as equipes, existência de formulários, protocolos e procedimentos para encaminhamento.

❖ Campo e População:

O campo é constituído pelos municípios de Praia Grande e Cidade de São Paulo, sendo a população definida como o conjunto de Unidades Básicas de Saúde presentes no campo que possuam equipes completas de SF.

João

Secretaria Municipal da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/SMS

2

PARECER Nº 299/07 – CEP/SMS
CAAE: 0160.0.162.207-07

❖ **Sujeitos:**

Os sujeitos da pesquisa são definidos como as equipes de saúde da família – médicos, enfermeiros, auxiliares, agentes comunitários de saúde, gestores e coordenadores de saúde da família, interlocutores de saúde da família e coordenadores de saúde mental. Os sujeitos serão identificados e escolhidos de acordo com critérios pré-definidos.

❖ **Amostras:**

Considerando a existência ou não de equipamentos de saúde mental, serão identificadas três unidades de saúde da família em cada condição, somando seis localizadas em cada Coordenadoria Regional de Saúde.

Na cidade de São Paulo, como são cinco as Coordenadorias, serão identificadas 30 Unidades de Saúde da Família, e, em cada uma, será sorteada uma equipe. Assim, uma amostra que contemple todas as coordenadorias provavelmente será constituída de:

Descrição dos participantes (Município de São Paulo)	Total
30 Equipes de SF (10 profissionais/equipe)	300 Protocolos
5 Coordenadores de ESF	5 Entrevistas
1 Coordenador Municipal De Saúde Mental	1 Entrevista
Interlocutores de Supervisão ESF	10 Entrevistas
Interlocutores de Supervisão SM	5 Entrevistas
	Total = 321 sujeitos

A cidade de Praia Grande possui 9 Unidades Básicas de Saúde e 27 Equipes de Saúde da Família. A cobertura da ESF na cidade é de 80%. Assim, a amostra de pesquisa será possivelmente a seguinte:

Descrição dos participantes (Município de Praia Grande)	Total
9 Equipes de SF (10 profissionais/equipe)	90 Protocolos
1 Supervisor/Coordenadores de ESF	1 Entrevistas
1 Supervisor/Coordenadores de SM	1 Entrevista
	Total = 92 sujeitos

A análise dos dados da pesquisa quanti-qualitativa será realizada através do cruzamento das informações favorecendo o trabalho de interpretação dos dados qualitativos e quantitativos permitindo avaliar os modos de operar das equipes de SF, a sua inserção na rede de assistência, e o discurso existente sobre o trabalho em saúde mental. Para os dados quantificáveis será utilizado o programa EPI-Info, destinado a descrição estatística. Quanto aos dados qualitativos dos formulários e entrevistas será empregada técnica de análise de conteúdo.

CONSIDERAÇÕES

❖ **Local de Realização**

O estudo, não multicêntrico, será realizado nas Unidades Básicas de Saúde que possuam equipes completas de SF nos municípios de Praia Grande e Cidade de São Paulo. O número total de sujeitos da pesquisa é 413, sendo a distribuição dos sujeitos da pesquisa equitativa.

❖ **Apresentação do Protocolo**

A folha de rosto está corretamente preenchida e o currículo do pesquisador está de acordo com a proposta da pesquisa. O orçamento e cronograma da pesquisa detalhado estão adequados. O pesquisador compromete-se a informar os resultados da pesquisa para a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo – SMS, através de um relatório de resultados finais, bem como pessoalmente, se for solicitado pela mesma. O pesquisador compromete-se ainda a divulgar os resultados do estudo para as pessoas cujos dados foram analisados no trabalho (sujeitos da pesquisa).

2

Secretaria Municipal da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/SMS

PARECER Nº 299/07 – CEP/SMS
CAAE: 0160.0.162.207-07

❖ **Avaliação dos Riscos e Benefícios**

A metodologia é adequada aos objetivos, sendo que a mesma não impõe condição de risco ou desconforto ao sujeito da pesquisa. Nenhum dos procedimentos utilizados no estudo oferece riscos à integridade do participante. Não há grupos vulneráveis identificados no estudo. Não há grupo placebo no estudo. Os direitos fundamentais do sujeitos da pesquisa estão garantidos, tais como informação, privacidade, recusa inócua e desistência e acesso ao pesquisador.

❖ **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é conciso e objetivo, sendo redigido na forma de convite à participação no estudo. Há explicitação das garantias referidas no item IV.1 da Res. CNS 196/96, como descrição suficiente dos procedimentos e linguagem adequada ao nível sócio-cultural dos sujeitos da pesquisa. O TCLE permite uma decisão consciente do sujeito da pesquisa, assim como permite a interrupção de sua participação no estudo em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para o mesmo. O pesquisador utilizará as informações dadas sem que haja identificação do nome do participante. As informações coletadas neste estudo serão estritamente confidenciais, apenas a equipe de pesquisadores terá conhecimento dos dados.

❖ **Considerações Finais**

Há pertinência e valor científico no estudo proposto. Os resultados obtidos no estudo permitem conhecer o processo de trabalho da ESF e as estratégias de enfrentamento vividas no cotidiano das equipes e podem contribuir, para a criação de protocolos de atendimento em saúde mental de crianças e adolescentes, inexistentes atualmente e importantes coadjuvantes na formação, capacitação e aperfeiçoamento das equipes.

PARECER DO CEP: PROJETO APROVADO

Como procedimento adotado por este Comitê de Ética em Pesquisa, solicitamos a inclusão, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do seguinte: qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo – Rua General Jardim, 36 – 2º andar – Telefone: 3218-4043 – e-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br. Lembramos que este parecer não basta para que seu estudo possa se realizar dentro da unidade, é necessária também a permissão administrativa da autoridade sanitária.

Salientamos os seguintes aspectos a serem considerados pelo pesquisador:

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma ou sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - item IV.1f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento livre e esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.2.d)
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

Atenciosamente,

IARA COELHO ZITO GUERRIERO
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa da
Secretaria Municipal da Saúde – CEP/SMS

8. Currículo Lattes

Alberto Olavo Advincula Reis

Possui graduação em Psicologia - Université de Paris VII - Université Denis Diderot (1971), mestrado em Psicologia - Université de Paris VII - Université Denis Diderot (1977) e doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1993). Atualmente é professor Livre Docente da Universidade de São Paulo. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde da Criança do Adolescente e do Jovem, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde mental, caps, adolescente, saúde pública e adolescência.

(Texto informado pelo autor)

Última atualização do currículo em 24/10/2011
Endereço para acessar este CV:
<http://lattes.cnpq.br/2335295597324821>

Dados pessoais

Nome Alberto Olavo Advincula Reis

Nome em citações bibliográficas REIS, Alberto Olavo Advincula; Reis, Alberto OA

Sexo Masculino

Endereço profissional Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde Materno-Infantil.
Av. Dr Arnaldo 715 2º andar
Cerqueira Cesar
01246-904 - São Paulo, SP - Brasil
Telefone: (11) 30667126 Fax: (11) 30850240
URL da Homepage: www.fsp.usp.br

Formação acadêmica/Titulação

2010 Livre-docência.
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA.
Título: SAÚDE MENTAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, *Ano de obtenção:* 2010.
Palavras-chave: Saúde mental; Saúde Coletiva.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública / *Especialidade:* Saúde Mental.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública / *Especialidade:* Saúde da Criança do Adolescente e do Jovem.

1989 - 1993 Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 5).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: O Discurso da Saúde Pública sobre a Adolescente Grávida: Avatares, *Ano de Obtenção:* 1993.
Orientador: Augusta Thereza de Alvarenga.
Palavras-chave: Gravidez na adolescência; Análise institucional; Desenvolvimento e crescimento.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública.
Setores de atividade: Cuidado À Saúde das Populações Humanas.

Moacyr Miniussi Bertolino Neto

Possui graduação em Licenciatura e Bacharelado em Psicologia e Formação de Psicólogo pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho e Pós-graduação em Saúde Mental e Saúde Pública pela Secretaria de Estado da Saúde. Atualmente Coordenador de campo na pesquisa CONDIÇÕES DE ACOLHIMENTO E RESOLUTIVIDADE DE PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL INFANTO-JUVENIL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) do Laboratório de Saúde Mental Coletiva (LASAMEC) do Departamento de Saúde Materno Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Tem experiência em Pesquisas na área da Saúde com ênfase em Saúde Mental Coletiva e Saúde Pública.

(Texto informado pelo autor)

Última atualização do currículo em 11/01/2012

Endereço para acessar este CV:

<http://lattes.cnpq.br/1877324427558861>

Dados pessoais

Nome Moacyr Miniussi Bertolino Neto

Nome em citações bibliográficas BERTOLINO NETO, M M

Sexo Masculino

Formação acadêmica/Titulação

2004 - 2005 Especialização em Aprimoramento em Saúde Mental e Saúde Pública . (Carga Horária: 1920h).
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, UNESP, Brasil.
Título: Relatório de Atividades Desenvolvidas.
Orientador: Silvio Yassui.
Bolsista do(a): Fundação do Desenvolvimento Administrativo ,FUNDAP ,Brasil .

1999 - 2003 Graduação em Formação de Psicólogo .
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, UNESP, Brasil.

1999 - 2002 Graduação em Licenciatura em Psicologia .
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, UNESP, Brasil.

1999 - 2002 Graduação em Bacharelado em Psicologia .
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, UNESP, Brasil.

Formação complementar

2006 - 2006 Extensão universitária em Treinamento para Condução de Entrevista Domiciliar. (Carga horária: 40h).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

2003 - 2003 A clínica das psicoses. (Carga horária: 12h).
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, UNESP, Brasil.

2003 - 2003 Introdução a Psicofarmacologia. (Carga horária: 32h).
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, UNESP, Brasil.

2002 - 2002 Extensão universitária em Introdução à Genética de Jean Piaget. (Carga horária: 40h).
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, UNESP, Brasil.