



UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNA-SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – UNIFESP

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA – PAB 4

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA JUNTO ÀS EQUIPES DE SAÚDE DA
ATENÇÃO BÁSICA NA CONDUÇÃO DOS CASOS DE DOENÇAS
MENTAIS, REDUZINDO A NECESSIDADE DE REFERENCIAMENTO
PARA ESPECIALISTAS, NA USF PARQUE SANTO ANTÔNIO –
SÃO PAULO, SP**

SILVIA SALES SOUZA

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Valéria Beghelli Ferreira

SÃO PAULO - SP
FEVEREIRO - 2015

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	03
2 OBJETIVO GERAL	05
2.1 Objetivo Geral	05
2.2 Objetivos Específicos	05
3 METODOLOGIA	06
3.1 Cenário da intervenção	06
3.2 Sujeitos da intervenção	06
3.3 Estratégias e ações	06
3.4. Avaliação e Monitoramento	08
4 RESULTADOS ESPERADOS	08
5 CRONOGRAMA	09
6 REFERÊNCIAS	10
7 APÊNDICES	
APENDICE A – Termo de Consentimento	12
APENDICE B – Modelo de grupo virtual no Yahoo!Grupos.....	13
APENDICE C – Questionário de Avaliação do Projeto de Intervenção.....	15

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, 450 milhões de pessoas no mundo hoje sofrem de alguma doença mental – ou seja, um em cada quatro indivíduos irá apresentar sofrimento psíquico em algum momento da vida. Dessas pessoas, 75% a 85% não recebem assistência específica. Tal contingente torna a saúde mental uma questão relevante da assistência à saúde, afetando a qualidade de vida, provocando distúrbios em famílias e incapacitando para o trabalho em cerca de 90% dos casos^{1,2}.

O Ministério da Saúde estima que 9% da população brasileira apresentem transtornos mentais leves, enquanto 6 a 8% são vítimas de transtornos causados pelo uso de álcool e outras drogas³. Tendo em vista as mudanças propostas pela Reforma Psiquiátrica, a efetividade da assistência à saúde mental hoje está relacionada à articulação entre a Atenção Básica, principalmente através da cobertura das equipes da Estratégia Saúde da Família, os Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) e os hospitais gerais disponíveis⁴.

A Atenção Básica, referência na promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, reabilitação e manutenção da saúde, deve assistir à demanda da saúde mental, auxiliando na inserção do doente na comunidade – ao contrário da institucionalização dos hospitais psiquiátricos^{5,6}. A proximidade com o usuário faz da Atenção Básica uma área estratégica no manejo de cuidados mentais, sobretudo tendo em vista as dificuldades na referência para a Atenção Secundária.

Os profissionais de referência da Atenção Básica, no entanto, podem se sentir inseguros lidando com os doentes mentais. Há excesso de encaminhamentos indiscriminados, entre outros motivos, pelo fato de os profissionais das unidades básicas avaliarem que sua formação não contribui para que possam intervir nessas situações³.

A assistência à saúde mental prestada no âmbito da Atenção Básica foi avaliada por usuários, observando-se que muitos se sentem insatisfeitos com o atendimento. Em grande parte dos casos, a equipe da unidade básica não oferece acolhimento satisfatório e restringe-se a renovar a prescrição médica por tempo indeterminado e referenciar para a Atenção Secundária. O paciente não se sente acolhido, ou seja, compreendido e apoiado em suas queixas e em seu sofrimento, perdendo a credibilidade na equipe e a continuidade do tratamento.⁶

Nesse âmbito, entende-se a importância da educação continuada entre os profissionais da Atenção Básica. A educação continuada em saúde consiste em atividades educativas oferecidas aos profissionais de saúde já inseridos nos serviços. No contexto da saúde pública, sempre estiveram presentes pela necessidade de acompanhar a velocidade dos avanços tecnológicos na área e prestar serviços de qualidade⁷.

Considerando-se a dificuldade na assistência às doenças mentais entre os profissionais da atenção básica, especialmente os médicos, este projeto de intervenção propõe um método de estudo, avaliação e reavaliação de ações em saúde mental, do qual poderão participar, não somente os médicos, como também outros profissionais das Unidades de Saúde da Família (USF).

Na Unidade de Saúde da Família do Bairro Parque Santo Antônio, localizada na cidade de São Paulo, observa-se um crescente número de encaminhamentos de portadores de doenças mentais para a Atenção Secundária. O número de pacientes cadastrados com transtornos mentais é de 311, de acordo com os dados do Sistema

de Informação da Atenção Básica de janeiro de 2014. Há também 91 pacientes cadastrados como alcoolistas, porém, acredita-se que tal categoria seja subnotificada⁸.

Em janeiro de 2014, havia 86 pacientes com diagnóstico de doença psiquiátrica aguardando consulta com especialista. O tempo médio de espera é de 6 meses. Muitos dos pacientes referenciados poderiam ser acompanhados na Atenção Básica caso os profissionais se sentissem qualificados e seguros para lidar com quadros psíquicos.

A Unidade de Saúde da Família do Bairro Parque Santo Antônio, como a maior parte das unidades pelo país, tem como funcionários, em sua grande maioria, profissionais que não possuem especialização ou experiência na área de Saúde Mental.

Muitos pacientes portadores de doenças mentais não recebem seguimento especializado ou atenção qualificada, o que se reflete na persistência de quadros psíquicos sem manejo adequado, no agravamento de conflitos familiares, na incapacitação permanente para o trabalho e no uso contínuo de medicações desnecessárias – ou em doses questionáveis e por períodos demasiadamente prolongados.

Tal cenário também contribui para que o número de encaminhamentos para especialistas seja maior que a capacidade de suprir a demanda. Existem, claro, os tradicionais obstáculos, como a contratação insuficiente de psiquiatras na Atenção Secundária, a alta rotatividade de médicos na Atenção Básica pela falta de planos de carreira e estabilidade de vínculo, além dos baixos investimentos em recursos para a saúde no geral e, conseqüentemente, para a Saúde Mental. No entanto, a formação prática insuficiente em Saúde Mental dos médicos que atuam na Atenção Básica também agrava o seguimento insatisfatório dos doentes mentais.

Pensando nisso, a educação continuada em saúde tem como fundamento a necessidade de atualização frequente dos profissionais diante das inovações tecnológicas e da crescente demanda da clientela⁷. É considerada uma prioridade na Atenção Básica, pelo fato de esta ser a porta de entrada do paciente para os serviços de saúde, gerando necessidade de qualidade e atualização constantes.

O modelo tradicional de educação continuada baseado na transmissão vertical de conhecimentos (cursos, congressos...) tem se mostrado ineficaz na aplicação das informações adquiridas à prática na Atenção Básica. Utiliza conhecimentos teóricos que muitas vezes não podem ser aplicados na realidade das unidades básicas, seja pela falta de recursos, seja pelos ambientes diversos de atuação do profissional, onde é necessário lidar com o déficit de informação da população, não adesão a tratamentos, não assiduidade dos pacientes, entre outras dificuldades⁹.

O modelo da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) tem sido implantado em diversas instituições de ensino médico nos últimos 30 anos. Foi desenvolvido e aplicado pela primeira vez no Canadá, na década de 60. Com esse método, espera-se estimular uma aprendizagem centrada no aluno, independente, reflexiva, capaz de contribuir com o trabalho em equipe, com a aplicação de métodos científicos e a resolução de problemas^{10, 11, 12}.

A ABP baseia-se em sessões de tutoriais compostas por grupos pequenos, de 8 a 10 estudantes, orientados por um tutor, um profissional mais graduado. As sessões consistem na abordagem de um caso clínico, a partir do qual são elaboradas questões pertinentes e traçados objetivos de aprendizagem. Após pesquisas em fontes de referência confiável, as questões são respondidas

individualmente pelos alunos e discutidas em uma nova sessão, quando é possível trocar informações e conhecer diferentes respostas e interpretações. Finalmente, é elaborado pelo grupo um mapa conceitual com os conhecimentos adquiridos.^{10, 11, 12}

Neste projeto de intervenção, a ABP foi considerada a melhor opção para a educação continuada, pelo fato de permitir a análise de determinados problemas a partir de perspectivas diversificadas. A ABP é factível quando os membros das sessões de tutoriais têm o mesmo nível de formação e conseguem solucionar questões utilizando fontes confiáveis de referência, possibilitando discussões enriquecedoras.

Aplicada na abordagem de problemas vivenciados na realidade da Atenção Básica, tal metodologia poderá direcionar os profissionais na resolução dos mesmos.

O formato da ABP encaixa-se na realidade dos médicos das unidades básicas de saúde, considerando-se que os mesmos são estimulados ao trabalho em equipe e à formulação de projetos de intervenção terapêutica para resolução de problemas, além de estarem distantes dos centros acadêmicos¹².

Portanto, considerando o panorama atual, este projeto vem colaborar na construção de uma estratégia de educação continuada em Saúde Mental para as equipes de saúde, a fim de auxiliá-los e possibilitar maior resolutividade e integralidade nos cuidados prestados aos pacientes.

2. OBJETIVOS:

2.1 Objetivo Geral:

O presente projeto de intervenção tem por objetivo qualificar, por meio de ações educativas, os profissionais de saúde da Atenção Básica, atuantes na Unidade de Saúde da Família do bairro Parque Santo Antônio, no município de São Paulo, no manejo das doenças mentais, buscando diminuir o referenciamento desnecessário para especialidades e oferecer cuidado integral e resolutivo.

2.2 Objetivos Específicos

- Possibilitar às equipes de saúde maior conhecimento sobre a Política Nacional de Saúde Mental, reforma psiquiátrica – desinstitucionalização, com atualização, discussão e aplicação de conhecimentos na condução de casos de doenças mentais.
- Ampliar as possibilidades de intervenção em saúde, especialmente na interface entre a Saúde Mental e Atenção Básica;
- Efetivar ações educativas baseadas nas metodologias ativas;
- Fortalecer a corresponsabilidade da equipe em relação aos usuários com transtornos mentais e/ou dependência química;
- Incentivar ações de promoção de saúde e prevenção de doenças;
- Fortalecer a Atenção Primária em Saúde;
- Colaborar para a efetividade das redes de Cuidado em Saúde.

3. METODOLOGIA

3.1 Cenário da intervenção

O trabalho de intervenção acontecerá na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família Parque Santo Antonio, no bairro Parque Santo Antonio, município de São Paulo/SP.

O bairro Parque Santo Antônio está situado na zona Sul do município de São Paulo, abrangendo 25000 km² nas proximidades da represa de Guarapiranga e da Ponte João Dias. A população é de 270.000 habitantes e o bairro possui cerca de 300 favelas. A Unidade de Saúde local, USF Parque Santo Antônio, localizada na Rua Manoel Bordalo Pinheiro, nº 100, atende 11.080 famílias, possuindo 11 equipes de Estratégia de Saúde da Família, subdivididas em um total de 61 microáreas.

O projeto de intervenção será desenvolvido na USF local, cujas equipes contam com 11 médicos clínicos, 11 enfermeiros, 22 auxiliares de enfermagem e 61 agentes comunitários de saúde. A USF também conta com os serviços da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) – Ginecologista e Obstetra, 2 Fisioterapeutas, Psicóloga, Terapeuta Ocupacional, Nutricionista, Fonoaudióloga e Educador Físico.

Nesta unidade, há 311 pacientes com diagnóstico de doença mental, além de 91 dependentes de álcool. Em janeiro de 2014, havia 86 pacientes aguardando consulta com Psiquiatra, sendo que o tempo médio na fila de espera é de 6 meses. Estima-se que grande parte desse contingente poderia ter sua situação conduzida na própria USF, sem necessidade de referenciamento, caso as equipes sentissem maior segurança no cuidado com esses pacientes. Essas condições justificam a realização do projeto de intervenção. Os beneficiados serão os pacientes psiquiátricos da localidade, pois poderão ser acompanhados com maior proximidade e atenção.

3.2 Sujeitos da intervenção

O público alvo deste projeto serão os profissionais de saúde da USF Parque Santo Antônio, São Paulo, SP: os médicos e enfermeiros das 11 equipes de saúde da família. A condução do projeto será feita pela autora do mesmo, com o apoio da gerência da USF, da equipe do NASF, da Organização Social e dos especialistas em Psiquiatria da rede.

3.3 Estratégias e ações

O trabalho será realizado em duas modalidades – presencial e virtual.

Para o início das atividades, será necessária a seleção de membros do Grupo Tutorial e do Grupo de Apoio. O Grupo Tutorial será composto pelos 11 médicos e os 11 enfermeiros das equipes de saúde da USF. O Grupo de Apoio será formado por um especialista em Psiquiatria da rede local, por 01 farmacêutico da USF e pela equipe do NASF (01 psicólogo, 01 assistente social, 02 fisioterapeutas, 01 fonoaudióloga, 01 educador físico, 01 nutricionista, 01 terapeuta ocupacional e 01 ginecologista e obstetra).

O especialista em Psiquiatria atua no momento em reuniões de matriciamento periódicas; porém, as mesmas são realizadas em um espaço fora da unidade e frequentadas por poucos médicos, limitando as possibilidades de aprofundamento

da discussão de casos locais. Este profissional será convidado a participar do projeto de acordo com sua disponibilidade

A presença do farmacêutico é relevante para a discussão sobre interações medicamentosas, medicamentos disponíveis na rede pública, conceitos farmacológicos, entre outros. A equipe do NASF se faz desejável para o aprofundamento das discussões e pelo conhecimento dos recursos da rede ou da sociedade para o enfrentamento dos problemas

Todos os profissionais que irão constituir o Grupo Tutorial serão convidados a participar do projeto, com o apoio da gerência e da coordenação da Organização Social, através de reunião informativa previamente agendada e divulgada durante a reunião semanal de triagem, a qual ocorre todas as quartas-feiras na USF. Caso o número de interessados em participar ultrapasse 10 pessoas, será necessária a divisão em grupos tutoriais de no máximo 10 integrantes.

Os convidados que concordarem em participar do projeto deverão assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). Em seguida será agendada uma reunião com todos estes para esclarecer os objetivos do projeto. Esta apresentação e os esclarecimentos serão feitos pela responsável pelo projeto.

A metodologia utilizada será a Aprendizagem Baseada em Problemas, com formação de grupos reunidos periodicamente em sessões de tutoriais. Os profissionais do Grupo Tutorial e do Grupo de Apoio integrarão as sessões de tutoriais presenciais, que acontecerão no espaço da USF, e as sessões *online*.

Para os encontros virtuais mensais, a plataforma virtual Yahoo!Grupos será a escolhida por ser livre, gratuita e de fácil manejo, oferecendo espaço para discussões *online*, cadastramento e cronograma de atividades, publicação de arquivos, como textos de referência e anexos e de votações *online*, com amplas possibilidades de usufruto¹⁴ (APÊNDICE B).

O passo inicial para a abertura dos tutoriais será a escolha de um caso clínico complexo, que mereça discussão entre os profissionais, visando à melhor solução para o problema. Este caso será escolhido pelos participantes na primeira semana de cada mês. Os médicos de 3 equipes de saúde da família, escolhidos por ordem numérica da equipe (equipes 1, 2 e 3 no primeiro mês, por exemplo), postarão seus casos clínicos no espaço virtual, onde os mesmos serão votados pelos integrantes das demais equipes.

Ao final da primeira semana, será feita a divulgação do caso selecionado através de votação *online*, abrindo espaço para questões publicadas no espaço virtual de discussão. Neste espaço, os integrantes estudarão o caso e elaborarão estratégias de intervenção baseadas em literatura de referência.

Após duas semanas de estudo e discussão, será feito o fechamento do caso na sessão de tutorial presencial, com discussão sobre as questões e planejamento da abordagem terapêutica multidisciplinar. A discussão será facilitada e orientada pelo Grupo de Apoio, atuando como Tutor.

Serão realizadas reuniões mensais, com duração de 2 horas, no horário das 10:00h a 12:00h, com a seguinte organização:

- 5 minutos: revisão do caso
- 45 minutos: discussão das questões
- 30 minutos: elaboração do fluxograma
- 40 minutos: devolutivas

Serão escolhidos, para cada reunião:

- Um coordenador: controlar o rumo das discussões e o tempo;

- Um secretário: digitar os principais pontos da discussão e postar no ambiente virtual o fluxograma.

A escolha das funções pode seguir uma ordem lógica, como o número da equipe ou a ordem alfabética.

Para orientar o seguimento, será elaborado um fluxograma, onde constarão as ações programadas, os recursos e os profissionais envolvidos.

Os pacientes dos casos clínicos abordados devem ser rigorosamente acompanhados para que possam ser avaliados os resultados da abordagem proposta nos tutoriais. Ao final de cada sessão de tutorial, os casos serão reavaliados em um encontro presencial, quando será feita rediscussão dos casos - a Devolutiva, que consistirá em um *feedback* (compartilhamento do resultado da abordagem e rediscussão, caso necessário).

Caso bem sucedida, a estratégia será projetada em um novo fluxograma para servir de orientação em casos semelhantes – sendo citadas as referências utilizadas para o caso.

Casos persistentes ou complicados, após estratégia elaborada pelo Grupo Tutorial e Grupo de Apoio, serão referenciados para Atenção Secundária. Será cobrada contrarreferência (ainda que necessário entrar em contato diretamente com o especialista).

Todas as atividades presenciais acontecerão na Sala de Reuniões da Unidade, que oferece recursos necessários: espaço suficiente, cadeiras, televisor e projetor, etc.

Para o estudo e discussão dos casos, serão aceitas referências qualificadas, como artigos recentes (no máximo até 5 anos de publicação) pesquisados em plataformas confiáveis (Scielo, Bireme e outras). Livros também poderão ser usados, contanto que atualizados e adotados por instituições respeitadas.

Ao final de cada caso, será aplicado também um questionário de autoavaliação (APENDICE C). O questionário é constituído por perguntas diretas, as quais permitirão avaliar qualitativamente os resultados do projeto no processo de educação continuada, tendo em vista o aprendizado dos profissionais. As respostas dos participantes serão quantificadas e organizadas em tabelas de acordo com a frequência em que aparecem, analisadas e discutidas pela equipe e pela responsável pelo projeto, sendo divulgadas em reunião de triagem ao final do projeto.

3.4. Avaliação e Monitoramento:

A avaliação e monitoramento devem acontecer de forma contínua na rotina dos serviços de saúde da Unidade de Saúde por meio da constatação e observação de novos encaminhamentos desnecessários para a atenção secundária, sem a devida discussão e acompanhamento pela equipe básica.

O Monitoramento também acontecerá por meio da análise e acompanhamento dos indicadores disponíveis nos Sistemas de Informação em Saúde do município, assim como os indicadores de encaminhamentos para especialidades - neste caso, em específico, para a Psiquiatria e áreas afins.

4. RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se que através do trabalho de intervenção, os profissionais de saúde possam se sentir mais seguros no manejo de doenças mentais, podendo acompanhar na USF de referência os pacientes e reduzindo o número de encaminhamentos desnecessários para a Atenção Secundária.

6. REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. People with mental disabilities cannot be forgotten. Nova York [acesso em 2014, nov 16]. Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/mental_disabilities_20100916/en/#
2. Portugal FB, et al. Psychiatric morbidity and quality of life of primary care attenders in two cities in Brazil. J Bras Psiquiatr [Internet]. 2014 [acesso em 2014, nov 16]; 63(1):23-32. Disponível em: http://www.ipub.ufrj.br/portal/jbp/63/01/04_JBP_63%281%29_.pdf
3. Figueiredo MD; Campos RO. Saúde mental na atenção básica à saúde em Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? Ciência & saúde coletiva [Internet]; 2009 [acesso em 2014, nov 06]; 14(1):129-138. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v14n1/a18v14n1.pdf>
4. Gama JRA. A reforma psiquiátrica e seus críticos: considerações sobre a noção de doença mental e seus efeitos assistenciais. Physis (Rio de Janeiro) revista de saúde coletiva [Internet]; 2012 [acesso em 2014, nov 06]; 22(4):1397-1417. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n4/a08v22n4.pdf>
5. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde [Internet]. Brasília: CONASS, 2007. [acesso em 2014, Nov 16]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro8.pdf
6. Frateschi MS; Cardoso CL. Saúde mental na atenção primária à saúde: avaliação sobre a ótica dos usuários. Physis (Rio de Janeiro) revista de saúde coletiva [Internet]; 2014 [acesso em 2014, nov 20]; Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n2/0103-7331-physis-24-02-00545.pdf>
7. Miranda GR; Oliveira GGL; Gonçalves MC. Educação Permanente em saúde: dispositivo para qualificação da Estratégia Saúde da Família [trabalho de conclusão de curso] [Internet]. Belém: Universidade Federal do Pará; 2008. [acesso em 2014, nov 16]. Disponível em: <http://189.59.9.179/cbcentf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/l2238.E1.T329.D1.doc>
8. Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB. 2013. [Internet]. [acesso em 2014, nov 16]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>
9. Cardoso IM; Murad ALG; Bof SMS. A instituição da Educação Permanente no Programa de Saúde da Família: uma experiência municipal inovadora. Trabalho, Educação e Saúde [Internet]; 2005 [acesso em 2014, nov 16]; 3(2):429-439. Disponível em: <http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/upload/revistas/r117.pdf>
10. Berbel NAN. A Problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? Interface – Comunic Saúde, Educ [Internet]. 1998 [acesso em 2014, nov 16]; 2(2):139-154. Disponível em: http://issuu.com/revista.interface/docs/v.2-n.2-fevereiro-1998_f9663021bb0825

11. Bustamante OP; Prieto VA; Torres TT. Aprendizaje baseado en problemas: evaluación de una propuesta curricular para la formación inicial docente. *Estudios Pedagógicos* [Internet]. 2012 [acesso em 2014, nov 16]; 38(1):161-180. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-07052012000100010>

12. Coelho-Filho JM; Soares SMS; Carmo e Sá HL. Problem-Based Learning: application and possibilities in Brazil. *Rev Paul Med* [Internet]. 1998 [acesso em 2014, nov 4]; 116(4):1784-1785. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/spmj/v116n4/0788.pdf>

13. Gomes R *et al.* Aprendizagem Baseada em Problemas na educação médica e o currículo tradicional de Medicina: uma revisão bibliográfica. *Rev Bras Educ Méd*; [Internet]; 2009 [acesso em 2014, nov 4]; 33(3):444-451. Disponível em: <http://www.famema.br/ensino/capacdoc/docs/abpxtradicional.pdf>

14. Yahoo! Groups. [Internet]; 2015 [acesso em 2015 jan 09]. Disponível em: <https://br.groups.yahoo.com/neo/groups/all/list>.

7. APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO E LIVRE ESCLARECIMENTO



UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNA-SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – UNIFESP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE

Eu _____, tendo sido devidamente esclarecido sobre todas as condições que constam neste documento, sobre a minha participação no projeto intitulado "Intervenção educativa junto às equipes de saúde da atenção básica na condução dos casos de doenças mentais, reduzindo a necessidade de encaminhamento para especialistas, na USF Parque Santo Antonio – São Paulo, SP" que tem como responsável Silvia Sales Souza, no que diz respeito ao objetivo do projeto, aos procedimentos que serei submetido, declaro que tenho pleno conhecimento dos direitos e das condições que me foram asseguradas, a seguir relacionados:

1. Minha participação é voluntária e contribuirá para melhorar dos serviços de saúde do município;
2. Minha identidade jamais será conhecida e divulgada para outras pessoas;
3. Todas as informações que eu fornecer serão sigilosas;
4. Não receberei qualquer benefício direto pela minha participação;
5. Não terei nenhum prejuízo ou punição por participar, ou por deixar de participar deste estudo;
6. Terei a liberdade de não responder alguma ou algumas questões se não desejar, assim como terei a liberdade de desistir de participar do estudo sem sofrer punição ou prejuízo por isso;
7. Minha participação no projeto não me prejudicará nos Serviços Públicos de Saúde que atuo;

Declaro, ainda, que concordo inteiramente com as condições que me foram apresentadas e que, livremente, manifesto a minha vontade em participar do referido projeto.

São Paulo SP, _____ de _____ de _____.

Responsável

Participante

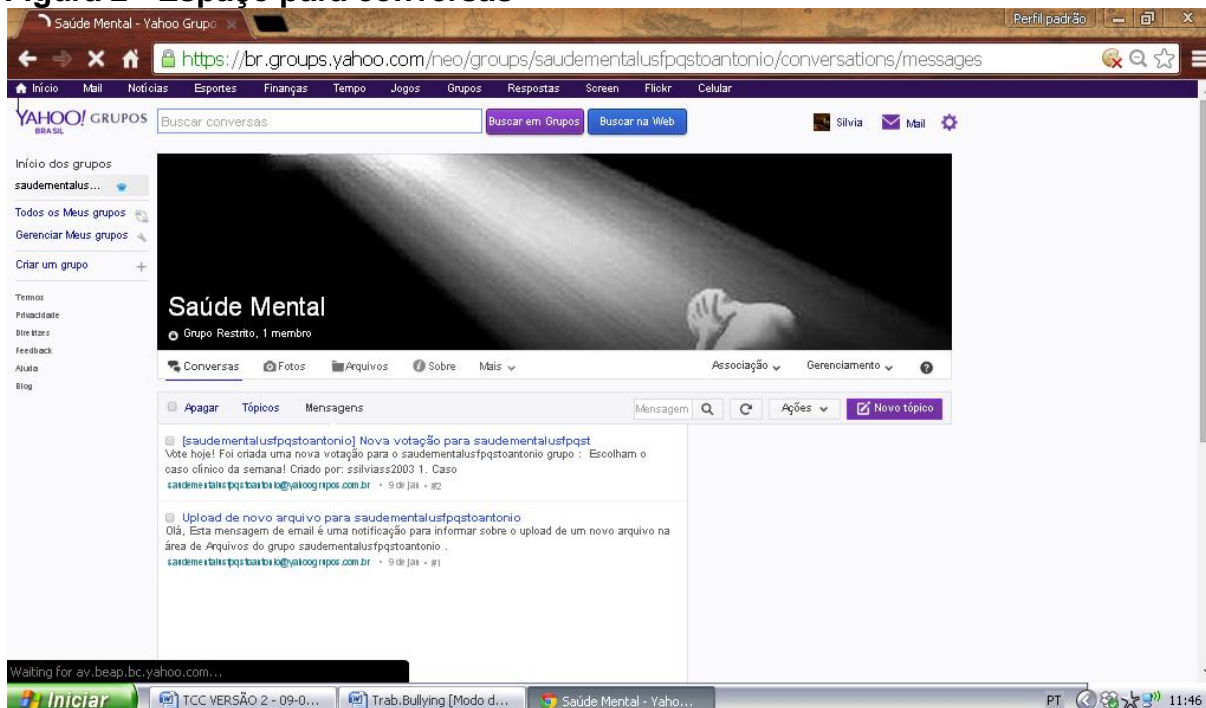
APENDICE B – MODELO DE GRUPO VIRTUAL NA PLATAFORMA YAHOO!GRUPOS

Figura 1 - Página inicial



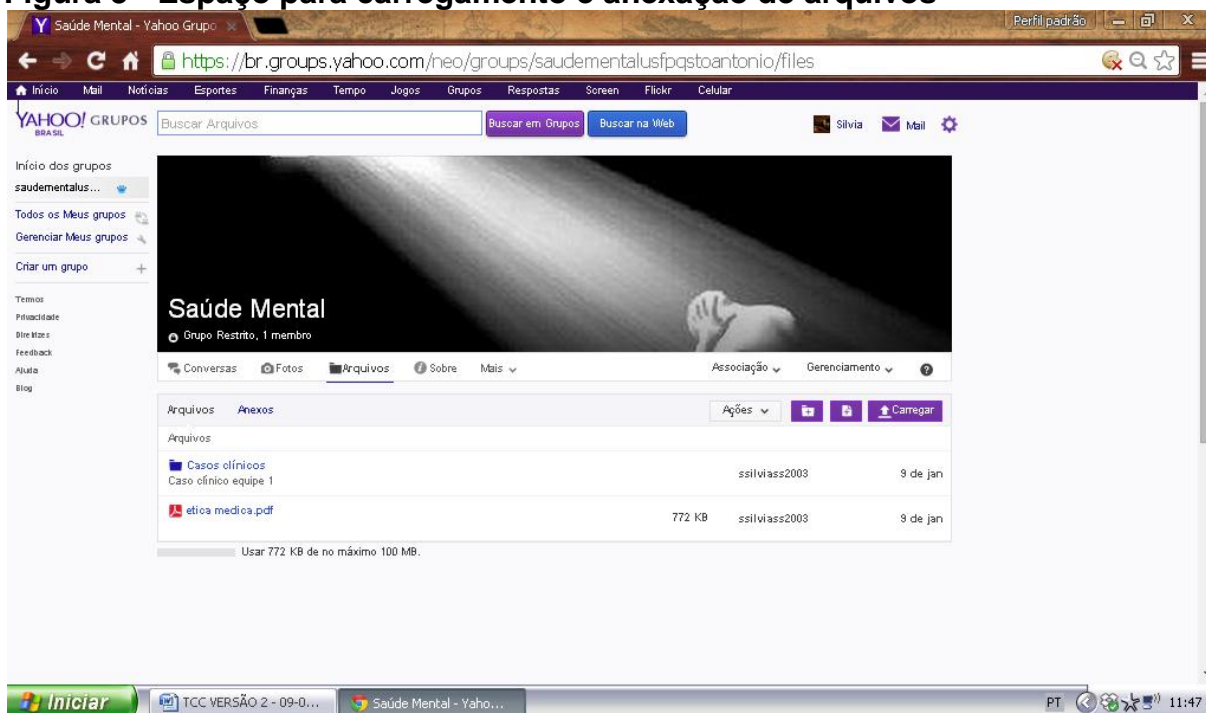
Fonte: Grupo Virtual Saúde Mental. [acesso em 2015, Jan 18]. Disponível em: <https://br.groups.yahoo.com/neo/groups/saudementalusfpqstoantonio/info>

Figura 2 - Espaço para conversas



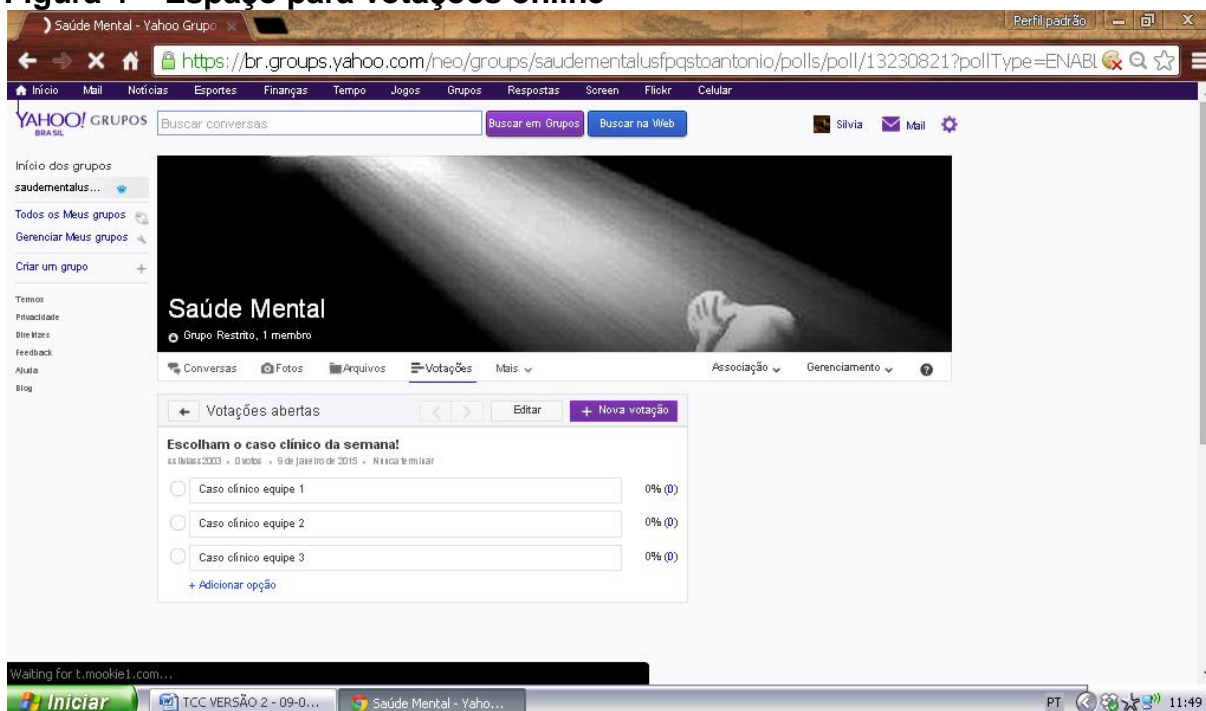
Fonte: Grupo Virtual Saúde Mental. [acesso em 2015, Jan 18]. Disponível em: <https://br.groups.yahoo.com/neo/groups/saudementalusfpqstoantonio/conversations/messages>

Figura 3 - Espaço para carregamento e anexação de arquivos



Fonte: Grupo Virtual Saúde Mental. [acesso em 2015, Jan 18]. Disponível em: <https://br.groups.yahoo.com/neo/groups/saudementalusfpqstoantonio/files>

Figura 4 – Espaço para votações online



Fonte: Grupo Virtual Saúde Mental. [acesso em 2015, Jan 18]. Disponível em: <https://br.groups.yahoo.com/neo/groups/saudementalusfpqstoantonio/polls/poll/13230821?pollType=ENABLED&sortOrder=DESC&orderBy=DATECREATED>

APENDICE C – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

QUESTIONÁRIO

IDENTIFICAÇÃO

1) Qual sua função na Unidade de Saúde da Família?

- a) Médico
- b) Enfermeiro

2) À qual equipe de saúde da família você pertence?

- | | |
|-------|--------|
| 1 () | 7 () |
| 2 () | 8 () |
| 3 () | 9 () |
| 4 () | 10 () |
| 5 () | 11 () |
| 6 () | |

AVALIAÇÃO OBJETIVA

3) Qual a sua frequência de contato com pacientes portadores de doença mental?

- () Menos de 1 vez por semana
- () 1 a 2 vezes por semana
- () 2 a 3 vezes por semana
- () Mais de 3 vezes por semana

4) Quantos casos clínicos de sua equipe foram estudados durante a fase de teste da intervenção educativa?

- () Nenhum
- () Um
- () Dois
- () Mais de dois

5) Quantos casos clínicos estudados foram solucionados de maneira satisfatória, considerando-se sua reabordagem durante as devolutivas?

- () Nenhum
- () Um
- () Dois
- () Mais de dois

AVALIAÇÃO SUBJETIVA

6) A intervenção educativa realizada auxiliou você na condução de casos semelhantes aos estudados?

- () NÃO, porque não houve casos semelhantes aos estudados;
- () NÃO, porque a condução dos casos estudados não foi satisfatória;
- () SIM, porque houve casos semelhantes e consegui resultados satisfatórios baseados nos casos estudados;
- () SIM, porque apesar de conduzir poucos casos semelhantes aos estudados, consegui adaptar abordagens estudadas em casos diferentes;

7) O quanto você acha que a intervenção educativa acrescentou informações relevantes à sua vivência profissional?

- Acrescentou muitas informações úteis;
 Acrescentou muitas informações teóricas, porém não eficazes na prática;
 Acrescentou poucas informações práticas;
 Não me acrescentou informações úteis;

8) Você acha que o projeto de intervenção educativa deveria ser implantado de forma permanente na unidade de saúde da família?

- SIM, porque apresentou resultados satisfatórios nas reuniões devolutivas
 NÃO, porque não apresentou resultados satisfatórios nas reuniões devolutivas
 SIM, por outro motivo _____

- NÃO, por outro motivo: _____

9) Você sugeriria mudanças na realização da intervenção educativa? Quais?
