



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE PALMAS
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENSINO EM CIÊNCIA E SAÚDE

Joyce Duailibe Laignier Barbosa Santos

**IMPLANTAÇÃO E AVALIAÇÃO DE PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO E
ACOMPANHAMENTO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA**

PALMAS – TO

2020

JOYCE DUAILIBE LAIGNIER BARBOSA SANTOS

IMPLANTAÇÃO E AVALIAÇÃO DE PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO E
ACOMPANHAMENTO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Dissertação apresentada como requisito parcial para a
obtenção do grau de Mestre em Ensino em Ciência e
Saúde

Orientador: Prof. Dr. Leandro Guimarães Garcia

PALMAS – TO

2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

S237i Santos, Joyce Duailibe Laignier Barbosa.

Implantação e avaliação de programa de capacitação e acompanhamento em saúde mental na Atenção Básica. / Joyce Duailibe Laignier Barbosa Santos. – Palmas, TO, 2020.

110 f.

Dissertação (Mestrado Acadêmico) - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Palmas - Curso de Pós-Graduação (Mestrado) em Ensino em Ciências e Saúde, 2020.

Orientador: Leandro Guimarães Garcia

1. Saúde mental. 2. Capacitação. 3. Atenção básica. 4. Ensino em saúde.. I. Título

CDD 372.35

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO ACADÊMICO EM ENSINO EM CIÊNCIAS E SAÚDE

Avenida NS 15 ALCNO 14, 109 Norte, 77001-090, Bloco Bala I Sala 04|77001-090|Palmas/TO

(63) 3229-4806 | www.uft.edu.br/ppgecs@uft.edu.br



Atestado de aprovação

JOYCE DUAILIBE LAIGNIER BARBOSA SANTOS

**IMPLANTAÇÃO E AVALIAÇÃO DE PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO E ACOMPANHAMENTO EM
SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA**

Esta dissertação foi julgada adequada para a
obtenção do título de

Mestre em Ensino em Ciências e Saúde

e aprovada pela Banca Examinadora
nos termos do Art. 56-A da
Resolução nº 13, de 22/03/2017

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Carlos Mendes Rosa,
UFT, PPGECS, (Membro interno)

Prof. Dr. José Gerley Diaz Castro,
UFT, PPGCS, (Membro externo)

Prof. Dr. Dinarte Alexandre Prietto Ballester
UFPEl, (Membro externo)

Palmas, 17 de junho de 2020

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'L. Garcia', is written over a horizontal line.

Prof. Dr. Leandro Guimarães Garcia
Presidente da Banca Examinadora

*Aos profissionais da saúde,
que aceitam o desafio cotidiano de cuidar do outro....*

*Conheça todas as teorias,
domine todas as técnicas,
mas ao tocar uma alma humana,
seja apenas outra alma humana.*

Carl Jung

AGRADECIMENTOS

Antônio Machado, poeta espanhol, dizia que “não há caminho, o caminho se faz ao caminhar” ...

A jornada do mestrado foi um processo de muito aprendizado e dedicação. Acredito que todo meu trajeto, escolhas e vivências resultaram na chegada deste ponto. Esse processo se compõe com o apoio de muitas pessoas. Por isso, nesse espaço, quero expressar minha gratidão.

Aos meus pais, sinônimo de amor e cuidado, exemplo de perseverança e força. Vocês são meu ponto de apoio.

Aos meus irmãos, que me proporcionam uma convivência cheia de leveza e alegria, mesmo nos dias difíceis. Vocês são minha melhor parte.

Agradeço imensamente ao Fernando, companheiro de muitas aventuras, que me dá forças cada vez que eu duvido e compreende que a vida é cheia de desafios, mas vale a pena.

Ao meu orientador Leandro, que acreditou no potencial do projeto e esteve sempre disponível. Seu apoio e conhecimento foram essenciais para a execução desta pesquisa.

Aos membros da banca de defesa, Dinarte, Carlos e Gerley, que, cada um a seu modo, contribuiriam imensamente em várias etapas desta pesquisa.

Aos demais professores e colaboradores do Programa de Pós Graduação em Ensino em Ciência e Saúde, da Universidade Federal do Tocantins, por todas as reflexões e discussões.

Aos meus colegas de mestrado e colegas de profissão, que me apoiaram e estiveram presentes nesse processo.

Agradeço a todos os profissionais da saúde que embarcaram nesse desafio, e me proporcionaram trocas riquíssimas.

Por fim, agradeço a todos que contribuíram e compartilharam comigo ansiedades, alegrias e conquistas no decorrer desses anos. Alcançar esse objetivo só foi possível porque cada um de vocês fez parte desse processo.

Minha sincera gratidão.

SANTOS, Joyce Duailibe Laignier Barbosa. **Implantação e avaliação de programa de capacitação e acompanhamento em saúde mental na Atenção Básica**. 2020. 110f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós Graduação em Ensino em Ciência e Saúde, Universidade Federal do Tocantins, Palmas, 2018.

RESUMO

Um dos entraves para o acompanhamento do paciente com sofrimento mental na atenção primária é o despreparo das equipes de saúde para questões pertinentes ao campo da saúde mental. Nesse sentido, é importante criar ações e estratégias que possibilitem a capacitação destes profissionais. O objetivo desse trabalho foi capacitar os profissionais dos serviços básicos de saúde, incentivando melhoria dos processos de trabalho no que se refere a demandas em saúde mental. O curso foi ofertado *online* pelo Núcleo Telessaúde do Estado do Tocantins, em parceria com a Universidade Federal do Tocantins e a Secretaria Estadual de Saúde do Tocantins. A metodologia de pesquisa utilizada foi baseada na abordagem quantitativa e caráter descritivo, com delineamento metodológico do tipo intervenção. Além de um questionário de avaliação geral do curso aplicado no início e no final do mesmo, também foram utilizados dois instrumentos para avaliação do impacto do mesmo na formação desses profissionais de saúde nas dimensões amplitude e profundidade. Houveram 222 inscritos no curso. Destes, 120 desistiram, 102 finalizaram o curso, e 53 responderam aos questionários. Os resultados indicaram que o curso de capacitação em saúde mental impactou positivamente na aquisição de conhecimentos e na atuação dos profissionais, principalmente na dimensão amplitude. No que se refere à dimensão profundidade, o impacto não foi global, mas influenciou em aspectos relacionados a atuação e desenvolvimento profissional, ao conhecimento prático, conhecimento técnico e trabalho em equipe, relacionamento interpessoal e comunicação. A discussão sobre os resultados possibilitou ainda a reflexão sobre as fragilidades e potencialidades dos serviços de saúde. Conclui-se que os cursos de capacitação podem se tornar uma estratégia com capacidade para novas reflexões sobre a prática profissional, incentivo a mudanças de atitude e transformação coletiva da realidade e do cotidiano.

Palavras-chave: Saúde mental, capacitação, atenção básica, acompanhamento em saúde, ensino em saúde.

SANTOS, Joyce Duailibe Laignier Barbosa. **Implementation and evaluation of a training program and monitoring in mental health in Basic Care.** 2020. 110 f. Dissertation (Master degree). Master Program in Teaching in Science and Health, Federal University of Tocantins, Palmas, 2020.

ABSTRACT

One of the obstacles to the monitoring of mentally ill patients in primary care is the unpreparedness of health teams for issues pertinent to the field of mental health. In this sense, it is important to create actions and strategies that enable the training of these professionals. The objective of this work was to train professionals in basic health services, encouraging improvements in work processes with regard to mental health demands. The course was offered *online* by the Telehealth Center of Tocantins State, in partnership with the Federal University of Tocantins and the State Health Department of Tocantins. The research methodology used was based on a quantitative and descriptive approach, with a methodological design of the intervention type. In addition to a general assessment quest for the course applied at the beginning and end of the course, two instruments were also used to assess its impact on the training of these health professionals in the dimensions of breadth and depth. There were 222 enrolled in the course. Of these, 120 dropped out, 102 completed the course, and 53 responded to the questionnaires. The results indicated that the training course in mental health had a positive impact on the acquisition of knowledge and the performance of professionals, especially in the dimension of breadth. And about the depth dimension, the impact wasn't global, but it influenced aspects related to professional performance and development, to practical knowledge, technical knowledge and teamwork, interpersonal relationships and communication. The discussion about the results also made it possible to reflect on the weaknesses and potential of health services. It is concluded that the training courses can become a strategy with the capacity for new reflections on professional practice, encouraging changes in attitude and collective transformation of reality and daily life.

Keywords: Mental health, training, primary care, health monitoring, health education.

LISTA DE SIGLAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
APA	Associação Americana de Psicologia
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CSC	Centros de Saúde da Comunidade
EaD	Ensino à Distância
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIC's	Práticas Integrativas e Complementares
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PRAD	Programa de Recuperação de Alcoólicos e Drogadictos
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção Primária
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TD&E	Treinamento, Desenvolvimento e Educação
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFT	Universidade Federal do Tocantins

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1: Divisão do conteúdo do curso de saúde mental.....	7
Quadro 1: Itens do instrumento do impacto em amplitude	20
Tabela 2: Dados Gerais dos participantes.....	23
Tabela 3: Avaliação geral do curso	26
Tabela 4: Impacto em amplitude	31
Tabela 5: Impacto em profundidade - análise estatística.....	33
Tabela 6: Impacto em profundidade - capítulo 1.....	35
Tabela 7: Impacto em profundidade - capítulo 2.....	37
Tabela 8: Impacto em profundidade - capítulo 3.....	41
Tabela 9: Impacto em profundidade - capítulo 4.....	44
Tabela 10: Impacto em Profundidade - capítulo 5	49
Tabela 11: Impacto em profundidade - capítulo 6.....	53
Tabela 12: Impacto em profundidade - capítulo 7.....	56
Tabela 13: Impacto em profundidade - capítulo 8.....	59
Tabela 14: Impacto em profundidade - capítulo 9.....	62

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	3
1.1 Justificativa e Problema de pesquisa	4
1.2 Objetivos.....	5
1.2.1 Objetivo Geral	5
1.2.2 Objetivos específicos.....	5
1.3 Proposta de capacitação.....	6
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	8
2.1 Breve contextualização da saúde mental no Brasil	8
2.2 Saúde Mental na Atenção Básica	11
2.2.1 O acolhimento na Atenção Básica.....	12
2.2.2 Identificação de demandas em saúde mental.....	13
2.2.3 Encaminhamento, acompanhamento e Apoio Matricial	14
2.2.4 Outras ações em saúde mental na Atenção Básica.....	15
3 MATERIAIS E MÉTODOS.....	17
3.1 Desenho de estudo	17
3.2 Proposta metodológica e público-alvo.....	18
3.2.1 Critérios de inclusão e exclusão	19
3.3 Instrumentos da pesquisa.....	19
3.4 Aspectos éticos	22
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	23
4.1 Tratamento e análise dos dados	23
4.2 Resultados da avaliação geral do curso	25
4.3 Resultados da avaliação do impacto em amplitude	31
4.4 Resultados da avaliação do impacto em profundidade.....	33
4.4.1 Capítulo 1: acolhimento	35
4.4.2 Capítulo 2: Identificação de problemas e transtornos mentais.....	37
4.4.3 Capítulo 3: acompanhamento e encaminhamento.....	40
4.4.4 Capítulo 4: Práticas em Saúde mental	44
4.4.5 Capítulo 5: Avaliação Inicial, agitação e agressividade	49
4.4.6 Capítulo 6: comportamento suicida e Delirium.....	53
4.4.7 Capítulo 7: Intoxicação e efeitos adversos graves de psicofármacos.....	56
4.4.8 Capítulo 8: Transtornos psicóticos e de humor	59

4.4.9 Capítulo 9: Transtornos dissociativos e transtornos ansiosos	62
4.4.10 Expectativas e percepções sobre o curso	66
4.5 Escrita e aplicação do projeto de intervenção.....	68
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
REFERÊNCIAS	72
ANEXOS E APÊNDICES.....	79

1 INTRODUÇÃO

Doenças neurológicas e mentais são responsáveis, em média, por 20 a 30% de todos os distúrbios de saúde levando a incapacidade, mais de oito vezes maior do que a atribuída à doença coronariana e 20 vezes maior que o câncer (MURRAY; LOPEZ, 1996; BAXTER et al., 2013; STEEL et al., 2014). No Brasil, as estatísticas demonstram a mesma prevalência (SANTOS; SIQUEIRA, 2010; ANDRADE et al., 2012; SILVA et al., 2018), podendo ser superior em alguns estudos; em especial em determinados municípios ou faixas etárias (SANTOS; SIQUEIRA, 2010; ANDRADE et al., 2012). Os transtornos mentais são ainda responsáveis pelo maior adoecimento por causas diversas da população, maior risco de mortalidade, maior número de faltas ao trabalho, entre condições que impactam enormes custos financeiros aos sistemas de saúde e às nações (WHO, 2003; WHO, 2018).

Informações epidemiológicas sólidas sobre transtornos mentais são um ponto de partida essencial para essa resposta política (MURRAY; LOPEZ, 1996; BAXTER et al., 2013;). Além disso, a prevenção, o tratamento precoce e a abordagem adequada dos casos graves e emergenciais tornam-se ferramentas essenciais para evitar os impactos desse grupo de doenças e melhorar o prognóstico dos pacientes (WHO, 2007; WHO, 2018).

Novamente, com relação ao Brasil, nos últimos anos, diversas medidas foram adotadas para ampliar a prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação dos transtornos mentais (BALDAÇARA; CORDEIRO, 2007; WHO, 2007; BRASIL, 2018). Apesar das mudanças nas políticas de saúde mental, da criação de novas formas de acesso ao tratamento e programas para reabilitação e reinserção na sociedade de doentes crônicos, ainda há grande carência por serviços de atendimento imediato e para resolução de casos graves que se enquadram nas emergências (BALDAÇARA; CORDEIRO, 2007; WHO, 2007; PADILHA et al., 2013; DIMENSTEIN; GRUSKA; LEITE, 2015; BRASIL, 2018). Além disso, o número de profissionais com capacitação adequada para lidar com os principais transtornos mentais ainda é reduzido perante a demanda, seja por dificuldades da gestão pública, seja por pouco enfoque da educação em saúde na temática (CATALDO NETO et al., 2011; WHO, 2018).

Apesar dos avanços no campo da saúde mental no Brasil, acredita-se que a política praticada com respeito a essa temática ainda não esteja consolidada, necessitando de maiores

investimentos e novas estratégias que a fortaleçam e também à atenção psicossocial (MELO, 2012).

Alguns dos serviços que formam a rede de assistência à saúde mental incluem a Rede de Atenção Primária, os ambulatórios especializados, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os serviços de emergências, as unidades especializadas de internação e as residências terapêuticas (HIRDES, 2009). A atenção primária deve disponibilizar equipes mínimas de saúde mental, além de proporcionar medidas de prevenção, promoção à saúde, diagnóstico e tratamento nas Unidades Básicas de Saúde (OMS, 2002).

Requer-se da equipe multidisciplinar considerável habilidade para enfrentar as demandas em saúde mental nos diferentes contextos, como por exemplo nos serviços de cuidados paliativos. Diante da recente publicação da resolução que normatiza a oferta deste tipo de cuidado no âmbito do Sistema Único de Saúde, as equipes multidisciplinares deverão promover a qualidade de vida e integração dos aspectos psicológicos no cuidado ao paciente afetado por uma doença que ameaça a vida (BRASIL, 2018). Tais cuidados deverão ser ofertados em qualquer ponto da rede de atenção à saúde como na atenção básica, domiciliar e ambulatorial, o que significa necessário preparo da equipe multidisciplinar para o manejo de questões referentes à saúde mental decorrente do processo de ameaça à vida.

Desse modo, a atenção primária é, muitas vezes, a porta de entrada para pessoas com algum tipo de sofrimento mental. Os profissionais que realizam o acolhimento devem estar capacitados para a escuta ativa e a realização de acompanhamento continuado na própria unidade de saúde, ou, em casos específicos, a realização de encaminhamento para os serviços especializados em saúde mental (SILVA, 2008). Nesse sentido, é essencial pensar nas potencialidades das unidades básicas, e na possibilidade de mapeamento das demandas da comunidade, com objetivo de identificar quais públicos precisam de intervenção, como por exemplo, qual a faixa etária mais comum, quais grupos mais vulneráveis, quais agravos mais comuns e outras questões pertinentes.

1.1 Justificativa e Problema de pesquisa

Um dos entraves para o acompanhamento do paciente com sofrimento mental na atenção primária é o despreparo das equipes de saúde para questões pertinentes ao campo da saúde mental. Inicialmente, os sistemas de saúde se organizavam em um formato

hierárquico, o qual reforçava a ideia de transferências de responsabilidade diante do encaminhamento de um paciente, deixando de “ser problema da atenção primária”. Nesse sistema, a comunicação entre os níveis hierárquicos ou entre diferentes instâncias aconteciam de maneira precária. A partir das propostas de matriciamento, sugere-se uma atuação horizontal e integradora, de modo a qualificar os encaminhamentos, referências, contrarreferências e protocolos de atendimento (CHIAVERINI, 2011).

É ainda muito comum o despreparo das equipes da atenção primária para acolher o paciente com transtorno mental, em “crise”, ou mesmo aqueles que estão em sofrimento mental, considerados menos graves. Os transtornos mentais e os pacientes de saúde mental ainda são percebidos com um caráter negativo e excludente no processo de atendimento da atenção primária (SILVA, 2008). Dessa forma percebe-se a necessidade de trabalhar questões voltadas às demandas em saúde mental na perspectiva da atenção básica, elencando discussões que contemplem o acolhimento, a identificação de problemas e transtornos mentais na atenção básica, as emergências psiquiátricas, contrarreferência, o acompanhamento e encaminhamento e outras práticas em saúde mental.

A atenção primária possibilita facilidade de acesso ao usuário e dá amparo ao cuidado longitudinal, o que torna esse um espaço ideal para estreitamento de vínculos e tratamento continuado. Baseado na dificuldade dos profissionais em trabalhar com demandas de saúde mental na atenção básica (SILVA, 2008), é que se apresenta o seguinte problema de pesquisa: o curso de capacitação e acompanhamento em saúde mental impactará no conhecimento, atuação e contexto de trabalho dos profissionais, acerca das demandas em saúde mental?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral

Capacitar os profissionais dos serviços básicos de saúde, incentivando melhoria dos processos de trabalho no que se refere as demandas em saúde mental.

1.2.2 Objetivos específicos

1. Estruturar curso de capacitação em saúde mental através de plataforma *online*;
2. Avaliar a qualidade do curso, no que se refere a utilização da plataforma, ao conteúdo e suporte recebido pelos participantes;
3. Avaliar o impacto do curso no que se refere ao conhecimento, atuação e contexto de trabalho dos profissionais, nas dimensões amplitude e profundidade.

1.3 Proposta de capacitação

O Curso de Capacitação em Saúde Mental foi desenvolvido pelo Núcleo Telessaúde do Estado do Tocantins, em parceria com a Universidade Federal do Tocantins e com a Secretaria Estadual de Saúde. O curso proposto teve como objetivo capacitar profissionais dos serviços básicos de saúde possibilitando um trabalho mais efetivo na temática da saúde mental, de modo a melhorar o acolhimento, fortalecer a escuta ativa, facilitar os processos de identificação de sinais e sintomas e triagem, de acompanhamento dos pacientes dentro da própria unidade e o encaminhamento aos serviços de referência, quando necessário. Além disso, o curso também trabalhou questões pertinentes às emergências psiquiátricas e contrarreferência.

Foram oferecidas vagas para médicos, enfermeiros, psicólogos, farmacêuticos e outros profissionais de saúde que tivessem interesse em participar. O curso foi oferecido *online* e divulgado em todo estado brasileiro. A carga horária total foi de 152 horas. O conteúdo do curso foi dividido em 11 capítulos. A parte teórica (capítulos 1 ao 9) foi disponibilizada aos profissionais participantes pela plataforma *Moodle*. Ao final de cada capítulo foi incluída uma atividade avaliativa individual para pontuação. A parte prática (capítulos 10 e 11) aconteceu pela Plataforma Telessaúde do Estado do Tocantins, onde os participantes deveriam construir e executar uma proposta de intervenção em saúde mental para os seus municípios, sendo acompanhados por facilitadores. Ao final, os participantes enviaram pela plataforma um relatório das atividades realizadas no projeto de intervenção. Durante todo o processo foram utilizados diversos recursos de aprendizagem, tais como vídeos explicativos, vídeos com simulações de atendimento, áudios, fóruns de discussão, webconferências e materiais complementares para leitura. A estruturação do curso é apresentada na Tabela 1, e detalhada no Apêndice A.

Tabela 1: Divisão do conteúdo do curso de saúde mental

	Capítulos	Tema	Carga horária
Parte teórica	Capítulo 1	Acolhimento	12
	Capítulo 2	Identificação de problemas e transtornos mentais na atenção básica	8
	Capítulo 3	Acompanhamento e encaminhamento	8
	Capítulo 4	Práticas em Saúde Mental	20
	Capítulo 5	Avaliação inicial, agitação e agressividade	8
	Capítulo 6	Comportamento suicida e Delirium	8
	Capítulo 7	Intoxicação e efeitos adversos graves de psicofármacos, emergências relacionadas ao uso de álcool e outras drogas	8
	Capítulo 8	Transtornos psicóticos e de humor	8
	Capítulo 9	Transtornos ansiosos e dissociativos	8
Parte prática	Capítulo 10	Criação de projeto de intervenção com Grupos Terapêuticos em Saúde Mental no serviço de saúde no município do profissional participante do curso.	16
	Capítulo 11	Execução de projeto de intervenção com Grupos Terapêuticos em Saúde Mental no serviço de saúde no município do profissional participante do curso por um período de 4 meses sob a supervisão de psicólogos e psiquiatras lotados no Núcleo Telessaúde do Estado do Tocantins.	48
Carga horária total			152

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

De maneira geral, as propostas de cursos teórico-práticos resumem-se em aulas teóricas realizadas de maneira *online*, e práticas realizadas presencialmente. Há ainda a modalidade de aulas teóricas com conteúdos já elaborados, e aulas “práticas” com discussão de casos em fóruns *online*. Silva, Machado e Silva (2016) realizaram um estudo a respeito da escrita de um projeto de intervenção dentro do contexto de um curso *online*, a partir do uso de tecnologias. Esse estudo, no entanto, não discute a respeito da execução do projeto, nem do acompanhamento desse processo de execução. Além desse estudo, não foram encontradas outras pesquisas que sugerem a realização de projeto de intervenção em cursos *online* de média duração. Assim, a escrita e execução de projeto de intervenção na modalidade ofertada no Curso de Capacitação em Saúde Mental surge como uma proposta diferenciada, que possibilita aplicabilidade concreta de parte do conhecimento adquirido.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Breve contextualização da saúde mental no Brasil

Os sistemas de atenção à saúde mental passaram por três períodos. O primeiro foi marcado pela construção dos manicômios, pelo aumento do número de leitos, pela responsabilização do Estado pelo doente e redução do papel da família no tratamento. O segundo período foi marcado pela extrema crítica aos manicômios, e conseqüentemente redução do número de leitos hospitalares. Nessa fase, a família passa a ter um papel primordial na recuperação e ressocialização, os tratamentos farmacológicos são a principal forma de intervenção, mas outras áreas profissionais começam a ganhar espaço, tais como a psicologia e a assistência social. No terceiro período há investimento em serviços especializados nos setores público e privado. Há também o surgimento da psiquiatria baseada em evidências e o envolvimento de diversos profissionais no acolhimento e acompanhamento de pessoas com transtornos mentais, enfatizando as equipes multidisciplinares. Nesse período a família torna-se ainda mais importante, em conjunto com a comunidade e com o indivíduo em tratamento, que se torna sujeito ativo em seu processo de recuperação (THORNICROFT; TANSELLA, 2008).

O tratamento a pacientes em sofrimento mental no período dos manicômios era pautado na medicalização e no isolamento, baseado no modelo biomédico. Os hospitais psiquiátricos surgiram para acolher e cuidar de pessoas com transtornos mentais, mas, em sua maioria, não possuíam as condições sanitárias básicas, além do constante desrespeito aos direitos de cidadania dos pacientes (ALQUATI; BARBOSA, 2017).

Desse modo, a assistência psiquiátrica pautada no modelo médico hospitalar era sinônimo da violação de direitos e ineficácia no tratamento. A partir da década de 1970 iniciaram-se debates acerca das violências praticadas nas instituições psiquiátricas e dos efeitos dos tratamentos abusivos e contraditórios, que reforçaram a luta antimanicomial (PAULA, 2008). Na década de 80 os modelos de serviços territoriais praticados na Europa, e na década de 90 a criação o SUS, incentivaram as mudanças no campo da saúde mental (ALQUATI; BARBOSA, 2017).

A reforma psiquiátrica obteve marcos significativos entre o período de 1980 a 1990, quando foram criadas leis e regulamentos que fortaleceram a desinstitucionalização, o

fechamento dos manicômios e outras mudanças na garantia de direitos e assistência em saúde de sujeitos que possuem algum sofrimento mental. Nesse contexto, o conceito de doença mental, a relação entre sujeitos e serviços e as práticas profissionais foram ressignificadas (MELO, 2012; SILVA; SANTOS, 2018).

Alguns dos marcos dessa época foram a proposta da lei 10.216/01 que incentiva a extinção dos manicômios e regulamenta os direitos de pessoas em sofrimento mental, ocorrida em 1989, mas aprovada apenas em 2001 e a criação do primeiro CAPS na cidade de São Paulo em 1987 como serviço substitutivo ao manicômio. Posteriormente o CAPS tornou-se um serviço regulamentado pela portaria 336/99; as residências terapêuticas para pacientes sem vínculos familiares foi regulamentada pela portaria 106/00, assim como outros programas, tais como Programa de Volta Pra Casa, regulamentado pela Lei 10.708/03 e a Política Nacional de Álcool e Drogas de 2008 (FONTE, 2012; MELO, 2012).

A reforma psiquiátrica abrange quatro dimensões. A primeira é a dimensão teórico-conceitual, que propõe a ruptura com o modelo médico tradicional e um novo olhar sobre o processo de saúde e doença, voltado ao acolhimento, cuidado e tratamento do paciente. A segunda dimensão é técnico assistencial, que diz respeito à construção de serviços que substituam os manicômios, considerando a importância da relação com a sociedade e com a família, além do tratamento humanizado e especializado. A terceira é a dimensão jurídico-política, que propõe mudança nas legislações que orientam o tratamento em saúde mental, e que vinculam a loucura à incapacidade social. Essa dimensão trata da implicação social no cotidiano das pessoas que buscam direitos no campo da saúde mental. A última dimensão é a sócio cultural, que trata sobre a percepção social da loucura e as estratégias necessárias para construir um novo olhar sobre a saúde e a doença mental (BRASIL, 2005; MELO, 2012). Atualmente, o campo da saúde mental é complexo e diversificado, pautado em um novo modelo assistencial, baseado nos princípios da reforma psiquiátrica, da ressocialização, e de uma nova maneira de cuidar.

A OMS (2002), em busca de conscientizar profissionais e população a respeito dos transtornos mentais e em relação a aspectos sociais e humanos, lançou um relatório que propõe dez recomendações para a melhoria dos sistemas de saúde e do tratamento de pessoas em situação de sofrimento mental, que são:

1. Disponibilizar tratamento na atenção primária, entendendo este como um espaço de fácil acesso e que possibilita a assistência dos profissionais, da comunidade e da família

do usuário. Para efetivação dessa recomendação, é necessário que os profissionais da saúde geral recebam capacitações e formações para desenvolvimento de conhecimentos específicos acerca da saúde mental;

2. Fornecimento de medicamentos psicotrópicos, que são essenciais no tratamento de diversos transtornos mentais, considerando a importância de outras formas de tratamento não medicamentosas e a necessidade de reavaliação constante do uso da medicação, optando sempre pela não medicalização da vida;

3. Proporcionar atenção e cuidados na comunidade, entendendo que as relações sociais proporcionam um efeito mais positivo do que o tratamento institucional;

4. Educação para a população, no sentido de incentivar a sensibilização e reflexão sobre os transtornos mentais e suas formas de tratamento, reduzindo o preconceito e a estigmatização;

5. Envolvimento da comunidade, das famílias e dos usuários, preconizando que esses grupos devem ser incluídos como participantes ativos e são essenciais no processo de tratamento;

6. Estabelecer políticas, programas e legislação nacionais, implementando reformas e programas;

7. Preparação de recursos humanos, que está vinculado à formação e desenvolvimento profissional focado numa atuação interdisciplinar voltada à integralidade do sujeito;

8. Formação de vínculos com setores que vão além da saúde, tais como educação e trabalho;

9. Monitorização da saúde mental na comunidade, que está relacionado ao acompanhamento de indicadores e notificações que auxiliarão nas propostas de políticas e programas de prevenção e tratamento;

10. Aumentar o apoio à pesquisa, a fim de compreender melhor os fenômenos vinculados aos transtornos mentais, bem como suas formas de tratamento e possibilitar estratégias e intervenções mais efetivas (OMS, 2002).

A rede de atenção à saúde mental é parte integrante do SUS que articula diversos serviços. Um desses serviços essenciais é a atenção básica, responsável pelas necessidades de saúde da população, inclusive àquelas relacionadas à saúde mental, e deve proporcionar acolhimento e vínculo através de ações articuladas nos territórios. A articulação dos serviços

de saúde que substituem os manicômios é complexa, ainda não está completamente consolidada no cenário nacional e necessita de maiores investimentos e desenvolvimento de estratégias que possibilitem o fortalecimento das políticas de saúde em rede (SILVA; VIEIRA, 2008).

2.2 Saúde Mental na Atenção Básica

Em 2011 o Ministério da Saúde estabeleceu a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) por meio da Portaria 3.088, que é uma rede direcionada para questões que envolvem a saúde mental. A proposta é voltada para a criação, ampliação e articulação da rede de atenção à saúde para pessoas com transtornos mentais, e em situação de sofrimento mental relacionado ao uso e abuso de substâncias. A RAPS é composta pela atenção básica, pela atenção psicossocial especializada, serviços de urgência e emergência, atenção residencial transitória, atenção hospitalar, serviços que promovem estratégias de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011; AMARAL, 2018).

É importante citar que a Portaria Nº 3.088/2011 sofreu alterações e acréscimos de outros equipamentos sociais e de saúde, por meio da publicação da Portaria de Nº 3.588, de dezembro de 2017. As principais mudanças referem-se à inclusão de hospitais psiquiátricos especializados, hospitais-dia, unidades ambulatoriais e CAPS AD IV. O objetivo é ampliar os pontos de atenção e promover cuidado integral em saúde mental (BRASIL, 2017). Para alguns, essa portaria representa retrocesso, visto que reabre as discussões sobre a internação em hospitais psiquiátricos, incentivando a “cultura da internação” e desrespeitando o tratamento humanizado, que foca-se nas relações sociais e desenvolvimento do paciente, sendo incompatível com a política de internação de longa permanência (CNS, 2018).

A Atenção Básica é a principal porta de entrada do sistema de saúde, e possui papel estratégico na proposta do SUS, porque busca efetivar a gestão do cuidado no território e os princípios da universalidade, equidade e integralidade (SILVA, 2008; SILVA FILHO; BEZERRA, 2018). Nesse sentido, é necessário que a Atenção Básica tenha “alta resolutividade, com capacidade clínica e de cuidado e incorporação de tecnologias leves e duras (diagnósticas e terapêuticas), além de estar articulada com outros pontos da Rede de Atenção à Saúde” (BRASIL, 2017, p. 10).

A Política Nacional de Atenção Básica regulamentada pela Portaria nº 2.436/2017 estabelece as diretrizes para organização estrutural e de pessoal nas unidades de saúde e define os diferentes tipos de equipes – equipe de saúde da família, equipe de atenção básica, equipe de saúde bucal e Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF). Além disso, a portaria também define as atribuições dos profissionais da atenção básica, entre os quais, é importante citar: a realização do cuidado integral da população; a realização de ações de atenção, promoção e proteção à saúde; a participação no acolhimento dos usuários por meio de atendimento humanizado; realização de medidas de referência e contrarreferência; realização de busca ativa e notificação de doenças e agravos; realização de trabalhos interdisciplinares, integrando diferentes áreas; realização de ações educativas com a população, entre outras atribuições (BRASIL, 2017).

Nessa perspectiva, para o efetivo funcionamento da atenção básica faz-se necessário o fortalecimento de estratégias que reconheçam as necessidades de saúde da população, atendendo as diversas demandas que surgem nos serviços e ampliando os processos de cuidado integral, inclusive aqueles relacionados a saúde mental. Os profissionais devem estar capacitados e qualificados para realização de atendimentos, acolhimentos, acompanhamento e demais procedimentos na unidade de saúde, e, sempre que necessário, encaminhamento para os serviços especializados. A proposta do SUS de descentralização dos serviços reforça o papel da atenção básica como o primeiro nível da garantia de acesso aos serviços de saúde, e enfatiza a necessidade do acolhimento em saúde mental na rede de saúde e no território, em conjunto com os serviços especializados (SILVA FILHO; BEZERRA, 2018).

Nesse sentido, a atuação do profissional da atenção primária deverá possibilitar o suporte social necessário para o paciente em sofrimento mental. Por isso é importante discutir sobre alguns aspectos da sua atuação na atenção básica, apresentados abaixo.

2.2.1 O acolhimento na Atenção Básica

Como dito anteriormente, a Atenção básica é o primeiro nível de contato com a população, um espaço próximo à comunidade, onde os profissionais atuam diretamente no território e recebem todos os tipos de demandas. Essa proximidade facilita a construção de uma relação mais estreita não apenas com o usuário, mas também com sua família e com a

comunidade, incentivando os processos de reinserção social, de desinstitucionalização e mudança do imaginário coletivo sobre a doença mental (IGLESIAS; AVELLAR, 2014).

O acolhimento é a primeira etapa do processo de atendimento, que possibilita o estabelecimento de vínculo entre profissional e usuário. Essa conexão viabiliza o cuidado integral, além de potencializar a humanização no atendimento e a escuta qualificada. O acolhimento torna-se uma ferramenta diferencial nas intervenções em casos de sofrimento mental. Isso porque cria um espaço de cuidado terapêutico, fortalecendo o sujeito, mobilizando o profissional e superando preconceitos e estigmas (BRASIL, 2013; SILVA FILHO; BEZERRA, 2018).

O acolhimento em saúde mental na atenção básica é capaz de proporcionar momentos de reflexão, suporte e escuta autêntica das queixas emocionais do usuário, o exercício da boa comunicação e do desenvolvimento da empatia (CHIAVERINI, 2011). O acolhimento adequado ultrapassa a noção de recepção ou de atendimento inicial, possibilita o desenvolvimento de uma relação mais pessoal com o usuário, minimizando a prescrição de medicamentos e a realização de encaminhamentos desnecessários (JORGE et al., 2011).

2.2.2 Identificação de demandas em saúde mental

Os conhecimentos e competências de cuidado em saúde mental devem estar incorporados na prática cotidiana do profissional da atenção básica. O desafio é que a intervenção seja capaz de promover o cuidado integral à saúde, considerando as singularidades do usuário. Em geral, o mais comum são queixas relacionadas à depressão, ansiedade e somatização de sintomas (queixas físicas sem explicação médica). Menos comuns são as demandas relacionadas ao uso e abuso de álcool e outras drogas, e os transtornos mentais graves e persistentes (BRASIL, 2013).

O contexto de vida é um condicionante para a questão do sofrimento mental. Significa dizer que o profissional deve utilizar como ponto inicial a pessoa, e não a doença, para entender a complexidade do cuidado integral. Nesse sentido, é importante considerar três aspectos essenciais. O primeiro está relacionado aos fatores de vulnerabilidade social, tais como gênero, condições financeiras, condições de desenvolvimento profissional, raça e desigualdade social. Outro aspecto está vinculado a eventos significativos durante a vida. Acontecimentos marcantes, tais como perdas afetivas, situações de violência e outras

situações que evocam medo e humilhação em diversos contextos podem gerar desequilíbrio e desestabilidade emocional. O último aspecto é a capacidade de resiliência do sujeito, que se refere à condição de lidar com situações adversas e conseguir reequilibrar-se, de compreender sua própria capacidade emocional e física, de buscar apoio social e criar vínculos afetivos consistentes. Entender o impacto dos aspectos emocional, social, pessoal e afetivo no contexto do usuário do serviço de saúde é uma condição necessária para promover a saúde integral (BRASIL, 2013).

Do mesmo modo, é relevante entender o caráter expressivo da doença mental como diagnóstico estigmatizante e determinante para o usuário, que pode gerar uma carga de sofrimento adicional e uma percepção de limitação de possibilidades para seu desenvolvimento pessoal. Nesse sentido é importante também refletir a respeito do julgamento social sobre o doente mental e da prescrição de psicotrópicos de forma equivocada ou desnecessária (BRASIL, 2013; SILVA FILHO; BEZERRA, 2018).

2.2.3 Encaminhamento, acompanhamento e Apoio Matricial

É preciso considerar que as Unidades de Saúde recebem diversas demandas diárias, e que muitas vezes, os profissionais não conseguem ter um olhar atento a pacientes que necessitam de mais do que encaminhamentos ou medicamentos. É nesse sentido que se busca o desenvolvimento de habilidades e competências profissionais capazes de ampliar o processo de cuidado em saúde. Dentro desse contexto de mudanças na atuação do profissional, existem aqueles que se adequam rapidamente, e outros que são resistentes ou se omitem (CHIAVERINI, 2011).

Ainda muito comum o alto índice de encaminhamentos desnecessários, principalmente no âmbito da saúde mental. Dentro dessa busca pela melhoria da qualidade do atendimento nos serviços de saúde, surgiu o Apoio Matricial, na tentativa de consolidar e potencializar o cuidado em saúde mental. O Apoio Matricial é uma proposta do Ministério da Saúde que surgiu em 2003 com o objetivo de incentivar a construção coletiva de saberes por meio da integração dos serviços, profissionais e especialidades na perspectiva do compartilhamento do cuidado. O apoio matricial funciona com a integração de duas equipes. A primeira é a equipe de referência, que acompanha o usuário, criando vínculo e intervindo no tratamento. Da segunda equipe fazem parte os apoiadores, que compartilham

conhecimentos e saberes a fim de aumentar a capacidade resolutive das equipes e auxiliar na solução de problemas (IGLESIAS; AVELLAR, 2014; JORGE et al., 2015).

A proposta é de que a Unidade de Saúde não apenas encaminhe o usuário mas de que este encaminhamento resulte numa integração das equipes dos diferentes serviços por meio da troca de informações e do cuidado ampliado, qualificando as intervenções em saúde mental (COSTA et al., 2015; ALQUATI; BARBOSA, 2017).

O Apoio Matricial promove a aprendizagem na medida em que os profissionais partem de uma relação horizontal com perspectiva interdisciplinar para promover ações em saúde mental. Essa proposta leva em consideração diversos aspectos do usuário, tais como suas necessidades individuais e seu contexto social, familiar e mental (JORGE et al., 2015).

Desse modo, o apoio matricial surge como uma proposta efetiva no campo da saúde mental, que se utiliza principalmente de tecnologias leves para transformar a relação entre os diferentes serviços, e entre profissionais e usuários, reorganizando os processos de trabalho. Nesse sentido, é preciso reconhecer a complexidade do funcionamento da rede de apoio e da integração entre os serviços que devem funcionar a partir da troca de saberes e do compartilhamento de responsabilidades, entendendo o papel de cada serviço e de cada profissional envolvido (IGLESIAS; AVELLAR, 2014).

A maior limitação ou entrave da proposta do Apoio Matricial encontra-se na resistência dos profissionais no que se refere à divisão de competências, e também na disponibilização de tempo e espaço para os usuários, a fim de trabalhar a lógica não medicamentosa. Outros entraves são relacionados a questões micropolíticas, tais como as relações que poder, que são refletidas na dificuldade da equipe em reconhecer suas próprias limitações e na percepção errônea de que trabalhar com saúde mental na atenção básica não é uma necessidade, mas sim uma imposição da gestão; e também a questões macropolíticas, que envolvem os gestores e as políticas públicas (IGLESIAS; AVELLAR, 2014).

2.2.4 Outras ações em saúde mental na Atenção Básica

As intervenções no campo da saúde mental precisam focar-se na vida e na saúde e não apenas restringir-se à doença e à cura. Isso significa dizer que todo o contexto do usuário, em suas diferentes dimensões, influencia no tratamento e em seu processo de saúde. Ressignificar o acompanhamento de pessoas em sofrimento mental na Atenção Básica é

ampliar as possibilidades do cuidado em saúde. Para isso, os serviços de saúde precisam constantemente criar novas estratégias para atuar em conjunto nas práticas cotidianas que possibilitam apoio ao paciente em sofrimento mental (BRASIL, 2013).

Com relação ao profissional, a educação permanente é uma das estratégias mais eficientes na promoção do desenvolvimento dos trabalhadores que atuam diretamente com os usuários. Os processos de ensino-aprendizagem vinculados ao trabalho possibilitam a ampliação da percepção da atuação, o contato com novas estratégias e procedimentos e a autorreflexão constante sobre os processos de trabalho. Outra ação essencial voltada a melhoria do ambiente de trabalho para o profissional é a reorganização estrutural e processual, de modo a promover a interdisciplinaridade, a flexibilização e a possibilidade de humanização no atendimento aos usuários (JORGE et al., 2015).

Com relação ao usuário, uma das ações que potencializa o cuidado em saúde mental é a criação de grupos terapêuticos, considerando que a atenção primária disponibiliza de facilidade de acesso e estreitamento de vínculo com usuários do território. Além disso, dentro da proposta grupal é possível desenvolver a ampliação da autonomia, a interação social, a valorização da criatividade e emancipação dos sujeitos (CHIAVERINI, 2011; BRASIL, 2013; ALQUATI; BARBOSA, 2017).

A formação de grupos na atenção primária é uma prática comum, principalmente para pessoas com doenças crônicas, gestantes, adolescentes e planejamento familiar. A proposta de trabalhar com grupos possibilita a melhoria dos processos de trabalho e a ampliação da capacidade assistencial. A crítica que se faz a este modelo é que, muitas vezes os espaços possuem um caráter de transferência de informações, o que não estimula a participação ativa, escuta, troca de experiências e reflexão dos participantes a respeito do processo de construção da saúde, e pode causar dificuldades de adesão e continuidade dos grupos. No contexto da saúde mental, o trabalho em grupo com pacientes que possuem sofrimento mental significativo nos serviços de saúde de atenção primária é uma prática pouco comum, mas que pode trazer muitos benefícios (CHIAVERINI, 2011).

Outra ação é o estreitamento entre a equipe profissional do território e a família, entendendo que os profissionais da unidade de saúde serão responsáveis pelo acompanhamento do usuário no âmbito da saúde, e a família será responsável pelo apoio emocional e social. Essa estratégia se consolida por meio de visitas domiciliares e da inclusão da família nos atendimentos e no tratamento do paciente. Quando família, a unidade

de saúde e a comunidade se unem no cuidado do sujeito, forma-se a integralidade do cuidado (BRASIL, 2013).

Por fim, a mudança da percepção da comunidade sobre a saúde mental, por meio de ações desenvolvidas pelas unidades de saúde promoverá o desenvolvimento da consciência social e quebra dos estigmas a respeito do “doente mental louco, agressivo, drogado”, etc. Superar essa barreira com a população, com os próprios usuários e também com os trabalhadores possibilitará o empoderamento e a minimização de preconceitos sobre a saúde e a doença mental (BRASIL, 2013).

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Desenho de estudo

A proposta deste estudo foi capacitar os profissionais dos serviços básicos de saúde, incentivando melhoria dos processos de trabalho no que se refere a demandas em saúde mental. A capacitação para profissionais dos serviços de saúde ocorreu através das plataformas *online Moodle* e Telessaúde do Estado do Tocantins.

O público alvo foram os profissionais da saúde, tais como assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos, médicos, farmacêuticos, etc., que trabalham diariamente com diversas demandas de saúde mental, e muitas vezes ficam em dúvida quanto aos possíveis encaminhamentos e/ou acompanhamentos dos usuários na própria unidade.

Para a execução desta pesquisa, optou-se pela abordagem quantitativa de caráter descritivo, do tipo *survey*, com delineamento metodológico do tipo intervenção. A pesquisa quantitativa foca-se na mensuração dos resultados por meio de procedimentos estatísticos estruturados (GERHARDT; SILVEIRA, 2009). A abordagem deste projeto é quantitativa porque busca medir o impacto, utilizando-se de técnicas estatísticas para a coleta de informações e discussão dos resultados.

É também descritiva, porque busca observar, descrever e documentar os aspectos de determinada situação ou fenômeno por meio de instrumentos que avaliam seu impacto (MARCONI; LAKATOS, 2007; GONÇALVES, 2016). O modelo descritivo fundamenta a pesquisa do tipo *survey*, que busca a obtenção de dados de determinado grupo, possibilitando uma análise estatística. Um dos principais instrumentos utilizados na pesquisa *survey* é o

questionário (FREITAS et al., 2000). O questionário é um instrumento que possui uma sequência de perguntas estruturadas e é disponibilizado aos participantes sem a presença do pesquisador, por isso, deve conter uma pequena explicação da natureza da pesquisa (MARCONI; LAKATOS, 2007).

A pesquisa do tipo intervenção tem caráter socioanalítico. A intenção é mensurar o efeito de uma intervenção na realidade estudada (HOGA; BORGES, 2016), viabilizando a construção de espaços de problematização coletiva e ação transformadora. A mudança esperada com a intervenção é consequência da produção de uma relação entre teoria e prática, que busca desconstruir territórios e criar novas atitudes. A relação do pesquisador com o grupo envolvido é dinâmica e visa a ação, construção e transformação coletiva da realidade e do cotidiano (ROCHA; AGUIAR, 2003).

3.2 Proposta metodológica e público-alvo

No desenvolvimento deste trabalho, definiu-se um plano de ação baseado na metodologia de intervenção. Inicialmente identificou-se demandas de atendimento e acompanhamento dos pacientes com problemas relacionados à saúde mental, e, a partir dessa situação buscou-se na literatura pesquisas e fatos sobre o problema elencado. Definiu-se um recorte, a fim de trabalhar especificamente com os serviços básicos de saúde. A próxima etapa foi buscar parcerias com profissionais da saúde, professores e instituições ligadas à saúde e iniciar a estruturação do curso na Plataforma *Moodle*.

A proposta definida foi a implantação de um curso *online* em saúde mental, dividido em etapas teórico e prática, disponibilizado para profissionais da saúde em todo território brasileiro, elencando as principais questões que permeiam a saúde mental. A partir da definição das temáticas, se iniciou o desenvolvimento da proposta do curso, com divisão em capítulos e atividades. Durante o período de estruturação do curso foi realizada sensibilização dos secretários de saúde e coordenadores da atenção básica dos municípios do Estado do Tocantins, no sentido de apoiar a inscrição dos profissionais e a realização das atividades do curso em seus municípios.

O papel do pesquisador é de facilitador, participando de todas as etapas do processo, além de trabalhar com as variáveis que podem surgir durante a intervenção. Na metodologia utilizada, os aprendentes são essenciais para o desenvolvimento da proposta, e devem ser

participantes e comprometidos, colaborando com o grupo e se envolvendo no processo de aprendizagem (FRANCO, 2005).

Ao final da pesquisa buscamos entender se o curso de capacitação e acompanhamento em saúde mental impactou em aspectos como conhecimento, atuação e contexto de trabalho dos profissionais. Essa avaliação foi realizada por meio da aplicação de questionários que foram disponibilizados no Google Forms com links na plataforma utilizada para a realização do curso.

3.2.1 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão para participação nesta pesquisa foram: ser profissional da saúde (médico, enfermeiro, psicólogo, etc.), que trabalhe na atenção básica ou possua algum vínculo com a RAPS, e que esteja ativo.

Deverão ser excluídos da pesquisa profissionais sem possibilidade física e/ou emocional de participar da pesquisa e profissionais que estejam afastados por quaisquer motivos.

3.3 Instrumentos da pesquisa

Além do questionário de avaliação geral do curso, foram utilizados dois instrumentos de pesquisa autoaplicáveis, no formato questionário, disponibilizados na plataforma *online* por meio de links para acesso ao Google Forms. Os instrumentos se complementam, e ambos foram propostos por Gardênia Abbad (ABBAD et al., 2012). Como foram disponibilizados *online*, os participantes responderam os questionários no local e horário mais adequado.

Os instrumentos que medem o impacto no ambiente de trabalho avaliaram os resultados obtidos através do curso, nas medidas de amplitude e profundidade. Ou seja, referem-se aos efeitos da capacitação no desempenho e execução de tarefas em atividades que estejam relacionadas aos conhecimentos, habilidades e atitudes elencadas no curso de capacitação (LIMA, 2016). Abaixo segue a descrição de cada um dos instrumentos.

a) Avaliação geral do curso (Apêndice B)

Este questionário foi criado a partir da estruturação do curso e de estudos a respeito dos fatores de sucesso na prática do *e-learning*. Buscou avaliar questões referentes ao uso da plataforma como ferramenta tecnológica; ao conteúdo e aprendizagem do curso; e ao suporte e apoio disponibilizado ao participante. A escala possui 17 perguntas, sendo 13 associadas a uma escala de concordância do tipo *Likert* de cinco pontos, variando de 1 (discordo totalmente da afirmativa) para 5 (concordo totalmente com a afirmativa); e quatro com opções de respostas “sim” ou “não”. Foi incluída ainda uma pergunta aberta que questiona a respeito das vantagens do curso *online* ter uma parte prática em sua proposta. A duração média de preenchimento do questionário é entre 7-10 minutos.

b) Avaliação do impacto em amplitude (Anexo A)

A avaliação do impacto em amplitude é um instrumento validado (ABBAD et al., 2012), que apresenta uma tabela com indicadores padrões, com dimensões gerais, e pode ser utilizado para avaliar o impacto de qualquer treinamento, capacitação ou curso. Esse instrumento mede a produção de conhecimentos, os efeitos nos comportamentos dos aprendentes e as consequências no ambiente de trabalho, e foi disponibilizado após o término do curso completo. A duração média de preenchimento do questionário é entre 7-10 minutos. A escala possui 12 perguntas associadas a uma escala de concordância do tipo *Likert* de cinco pontos, variando de 1 (discordo totalmente da afirmativa) para 5 (concordo totalmente com a afirmativa) (FIGUEIRÊDO, 2008; ALBERTINI, 2013). Os 12 itens que compõe o instrumento estão apresentados no Quadro 1.

Quadro 1: Itens do instrumento do impacto em amplitude

Itens

1. Utilizo, com frequência, em meu trabalho atual, o que foi ensinado na capacitação.
2. Aproveito as oportunidades que tenho para colocar em prática o que me foi ensinado na capacitação.
3. As habilidades que aprendi na capacitação fizeram com que eu cometesse menos erros, em meu trabalho, em atividades relacionadas ao conteúdo da capacitação.
4. Recordo-me bem dos conteúdos ensinados na capacitação
5. Quando aplico o que aprendi na capacitação, executo meu trabalho com maior rapidez.
6. A qualidade do meu trabalho melhorou nas atividades diretamente relacionadas ao conteúdo da capacitação.
7. A qualidade do meu trabalho melhorou mesmo naquelas atividades que não pareciam estar relacionadas ao conteúdo da capacitação.
8. Minha participação na capacitação serviu para aumentar minha motivação para o trabalho.
9. Minha participação na capacitação aumentou minha autoconfiança. (Agora tenho mais confiança na minha capacidade de executar meu trabalho com sucesso).
10. Após minha participação na capacitação, tenho sugerido, com mais frequência, mudanças nas rotinas de trabalho.

11. Essa capacitação que fiz tornou-me mais receptivo a mudanças no trabalho.
12. A capacitação que fiz beneficiou meus colegas de trabalho, que aprenderam comigo algumas novas habilidades.

Fonte: PILATI; ABBAD, 2005.

c) Avaliação do impacto em profundidade (Apêndice C)

A avaliação do impacto em profundidade é um instrumento diretamente relacionado aos objetivos e conteúdo do curso ofertado, voltado para a perspectiva do Treinamento, Desenvolvimento e Educação - TD&E (FIGUEIRÊDO, 2008; GONÇALVES, 2016). Este instrumento avalia diretamente os efeitos de uma ação específica, ou seja, as competências adquiridas através do curso, e que estão diretamente relacionadas com os objetivos do curso e com o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes dos participantes (ALBERTINI, 2013).

A avaliação do impacto em profundidade não possui um questionário padrão, mas é desenvolvido pelo pesquisador com base nos objetivos do curso ofertado. Os itens de avaliação de impacto em profundidade são dependentes dos objetivos específicos do curso. Desse modo, o pesquisador é responsável por realizar as etapas de construção e validação do questionário. As etapas para elaboração do questionário são: 1.análise do plano do curso; 2.levantamento dos objetivos instrucionais ou de desempenho, conforme os conhecimentos, habilidades e atitudes que se buscou desenvolver através do curso; 3.construção da versão preliminar da escala em profundidade; 4.avaliação dos itens criados e validação semântica; 5.ajuste da escala e formulação da versão final do questionário (ALVIM; LOIOLA, 2010; ALBERTINI, 2013).

Foi disponibilizado *online* com 40 perguntas, sendo a duração média de preenchimento do questionário entre 30-40 minutos. As respostas seguiram uma escala do tipo *Likert* de cinco pontos, variando de 1 (discordo totalmente da afirmativa) para 5 (concordo totalmente com a afirmativa), incluindo ainda o numeral 0 que representou a opção “não se aplica”. Este questionário foi aplicado antes do início da capacitação (pré curso), e reaplicado após o término do curso completo (pós curso). O questionário pré curso foi aplicado com a finalidade de medir o nível de conhecimento dos participantes, por meio de perguntas relacionadas aos assuntos abordados na capacitação. Ao final do processo de capacitação foi reaplicado com perguntas iguais ou equivalentes àquelas do pré curso, avaliando assim a efetividade do curso no desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e competências dos participantes. Percebe-se que o instrumento considera principalmente o

aspecto cognitivo, ou seja, se relaciona à percepção do participante a respeito da própria atuação.

Após aplicação, foi realizada verificação da consistência e integridade das respostas, desconsiderando questionários incompletos. Para discutir os dados da pesquisa foram utilizadas estatísticas descritivas como mediana, desvio padrão e tabelas (SOARES; SIQUEIRA, 2002). A análise estatística comparativa entre as respostas do mesmo grupo antes (Pré-Curso) e depois do curso (Pós-Curso) deu-se através da utilização do teste não paramétrico de *Wilcoxon Rank Test* (VIEIRA, 2003), realizado pelo *software* Bioestat 5.0.

Para a construção do questionário, foi realizado levantamento dos objetivos do curso, a partir de cada um dos módulos, e desenvolvido os itens que nortearam a construção do questionário de avaliação do impacto em profundidade. Ao final do questionário foi incluída uma pergunta aberta a respeito das expectativas (pré curso) / percepções (pós curso) com relação ao curso de capacitação em saúde mental. É importante ressaltar que esse questionário foi baseado no conteúdo da parte teórica do curso: acolhimento, identificação de problemas e transtornos mentais na atenção básica, acompanhamento e encaminhamento; práticas em saúde mental; emergências psiquiátricas e contrarreferência. O levantamento dos objetivos do curso e construção de itens para compor o questionário encontram-se no Apêndice D.

3.4 Aspectos éticos

Este projeto considera os princípios éticos que orientam as pesquisas envolvendo seres humanos, estabelecidos pelas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/2016 e 510/2016. A proposta de pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética da UFT e aprovada sob número de parecer 3.273.911.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Apêndice E) possui informações que esclarecem os objetivos da pesquisa, riscos, benefícios, a garantia de sigilo e a liberdade do participante. A garantia de liberdade de participação voluntária foi assegurada por meio da possibilidade de recusa à participação ou retirada de consentimento a qualquer momento da pesquisa.

O acesso aos dados coletados foi disponibilizado apenas aos pesquisadores envolvidos, como forma de garantir a privacidade, sigilo e confidencialidade. Os dados e

informações coletadas foram preservados, sem divulgação de nenhuma informação que possa prejudicar ou identificar os participantes. O TCLE ficou acessível em formato de texto no mesmo link do Google Forms que constava os questionários.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 Tratamento e análise dos dados

O questionário pré curso foi respondido 231 vezes. Inicialmente foram excluídas 28 respostas que se enquadravam em alguma das seguintes variantes: a) registros com respostas incompletas; b) todas as alternativas com a mesma opção de resposta marcada; c) respostas duplicadas; ou, d) assinalou a opção “não concordo em participar da pesquisa”. Posteriormente foram comparados os dados dos respondentes para selecionar apenas os participantes que responderam ao questionário antes e após o curso. Dessa forma, foram excluídos 155 questionários que não se enquadravam no padrão, mesmo aqueles com a escala totalmente preenchida. Nos questionários pós curso houveram 53 respostas, e nenhuma se enquadrou nos critérios de exclusão. Assim, para compor a amostra do presente estudo, foram considerados um total de 53 questionários, de respondentes que participaram da pesquisa no pré e pós curso. Na Tabela 2 são apresentadas as informações referentes à quantidade de inscritos, desistentes e respondentes do questionário

Tabela 2: Dados Gerais dos participantes

Dados gerais	
1. Moodle (parte teórica)	
Inscritos:	222
Desistentes:	102
Total de participantes no final da parte teórica:	120
2. Telessaúde (parte prática)	
Inscritos:	112
Desistentes:	10
Total de participantes no final da parte teórica:	102
3. Dados dos desistentes	
Desistentes - parte teórica (não finalizaram capítulos teóricos):	102
Desistentes - processo de mudança plataforma (que finalizaram a parte teórica, mas não se inscreveram no Telessaúde):	8
Desistentes - parte prática (que se inscreveram na plataforma Telessaúde e não finalizaram a parte prática):	10
Total desistentes:	120

4. Dados do questionário	
Total de respostas no 1º questionário:	203
Total de respostas no 2º questionário:	53

Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

No início haviam 222 estudantes matriculados (número total de inscritos depois que os inativos, que não acessaram a plataforma nenhuma vez, foram excluídos). O curso finalizou com um total de 102 participantes. Destes, apenas 53 responderam os questionários.

Com relação ao quantitativo de desistentes, segundo a ABED (2019), responsável pela análise de dados de aprendizagem da educação aberta, flexível e a distância, as taxas de evasão de cursos Ensino à Distância (EaD) podem chegar a 50%. Existe atualmente um excesso de oferta de cursos *online*, o que pode levar ao aumento do número de abandono.

Almeida et al. (2013) definiram quatro categorias onde se enquadram os principais motivos para evasão nos cursos EaD de média duração. 1. fatores situacionais: referem-se a questões pessoais do contexto profissional e familiar, como por exemplo, problemas de saúde. 2. Falta de apoio acadêmico: refere-se principalmente a interação com professores e tutores do curso, como por exemplo, falta de apoio ou *feedback* do tutor. 3. problemas com a tecnologia: está relacionado a falta de recursos (computador, internet, etc.) ou habilidades para utilização da internet, plataforma ou outros recursos tecnológicos. 4. falta de apoio administrativo: refere-se a dificuldades na relação com a instituição que promove o curso, problemas como prazos curtos ou falta de informação. O não atendimento das expectativas do aluno ou a falta de identificação com o curso também são fatores importantes a serem considerados. É importante ressaltar que não existe uma política estabelecida efetivamente para o controle e combate à evasão em cursos ofertados à distância. No entanto, é possível desenvolver estratégias que minimizem o abandono, principalmente no que se refere aos aspectos de apoio acadêmico, uso da tecnologia e apoio administrativo.

Na sequência, serão apresentados e discutidos os dados referentes aos resultados desta análise, dividida em três tópicos: avaliação geral do curso (plataforma, conteúdo e suporte); análise impacto em amplitude; e análise impacto em profundidade.

4.2 Resultados da avaliação geral do curso

O questionário de avaliação geral do curso foi desenvolvido a partir de estudos ainda não publicados de Silva et. al. (2020), que realizaram um trabalho voltado à identificação de fatores de sucesso na prática do *e-learning*. Os autores realizaram uma revisão de literatura que resultou na categorização de dez fatores de sucesso (FS) que devem ser avaliadas nos sistemas de aprendizagem eletrônica. Os fatores de sucesso elencados no estudo são:

- FS1 - Questões organizacionais, gerenciais e de liderança: práticas de gestão do *e-learning*, ou seja, questões relacionadas a administração (externo ao curso);
- FS2 - Fatores relacionados à infraestrutura tecnológica: questões técnicas, tais como hardware, internet, entre outras;
- FS3 - Questões envolvendo ambientes virtuais de aprendizagem, ferramentas e usabilidade: utilização de recursos tecnológicos, uso de interfaces e acessibilidade à ferramentas virtuais;
- FS4 - Fatores relacionados aos aprendizes: aspectos relacionados aos aprendizes (profissional e pessoal), e a habilidade para o manuseio adequado dos recursos tecnológicos
- FS5 - Fatores relacionados aos instrutores: variáveis que dependem diretamente de ação dos instrutores;
- FS6 - Fatores relacionados aos cursos: aspectos relacionados a proposta, formato, conteúdo e avaliações do curso
- FS7 - Questões pedagógicas: metodologias de trabalho, dinâmica do ensino EaD, didática e prática pedagógica;
- FS8 - Questões de suporte, treinamento e assistência: apoio aos aprendizes, assistência de tutores e moderadores (poderia estar listada em FS2, FS3, ou FS4, mas pelas peculiaridades dos aspectos, criou-se uma categoria específica)
- FS9 - Questão financeira e de recursos: aspectos relacionados a necessidade de recursos suficientes para implantação e manutenção de um curso *e-learning*.
- FS10 - Sem categoria: aspectos peculiares que não se enquadram em outras categorias, como por exemplo questões culturais ou políticas.

No desenvolvimento deste questionário, foram desconsideradas questões referentes aos fatores organizacionais, gerenciais e de liderança (FS1), questões financeiras (FS9) e fatores sem categoria (FS10) por serem tratados de aspectos que são externos ao curso, e não poderiam ser avaliados pelos participantes. Além disso, objetivo deste questionário foi compreender a percepção dos participantes no que se refere ao uso da plataforma como ferramenta tecnológica; ao do conteúdo e aprendizagem do curso; e ao suporte e apoio recebido pelos tutores e moderadores.

Este questionário foi respondido apenas ao final do curso. Possui 17 perguntas, com respostas, em sua maioria em escala *Likert*, variando de 1 a 5, sendo 1 - discordo totalmente e 5 - concordo totalmente. Algumas questões possuem opção de resposta “sim” ou “não” e também há uma questão aberta. Os resultados são apresentados na Tabela 3 e discutidos a seguir.

Tabela 3: Avaliação geral do curso

Nº	Fatores de Sucesso	Variáveis	Resposta (%)					Resposta (%)	
			1	2	3	4	5	Sim	Não
Plataforma/Ferramenta tecnológica									
1	FS2	Tive dificuldades no acesso ao Ambiente Virtual e na mudança de uma plataforma (<i>Moodle</i>) para outra (Telessaude)	30,2	11,3	11,3	30,2	17,0		
2	FS3	Precisei de auxílio para me cadastrar e acessar a plataforma	20,8	11,3	9,4	32,1	26,4		
3	FS3	Consegui acessar com facilidade os materiais didáticos do curso, o subgrupo do meu município e os fóruns de discussão	5,7	7,5	3,8	39,6	43,4		
4	FS7	Os recursos tecnológicos (plataforma, fóruns, webconferências etc) utilizados no curso são adequados e suficientes	3,8	9,4	13,2	28,3	45,3		
Conteúdo/ Aprendizagem do curso									
5	FS3	As informações explicativas na página inicial do curso são claras e suficientes	1,9	1,9	7,5	41,5	47,2		
6	FS4	O conteúdo do curso contemplou aquilo que eu esperava	3,8	-	7,5	28,3	60,4		
7	FS7	Os materiais didáticos são elaborados de forma clara e compreensível, promovendo a autonomia do aluno	1,9	1,9	1,9	30,2	64,2		
8	FS6	Os questionários e avaliações de cada módulo estavam adequados de acordo com o conteúdo estudado	-	3,8	3,8	18,9	73,6		

9	FS4	Sempre que tenho dúvidas na minha prática profissional, retorno ao material do curso para buscar suporte	1,9	-	7,5	39,6	50,9	
10	FS4	Fiz o download da apostila do curso (parte teórica)						67,9 32,1
11	FS4	Acredito que outros assuntos poderiam ter sido abordados durante o curso						18,9 81,1
12	FS4	A Carga horária do curso é adequada.						96,2 3,8
13	FS4	O período total do curso (fevereiro a dezembro) é adequado						92,5 7,5
Suporte/ Apoio								
14	FS8	Recebi suporte adequado aos questionamentos e dúvidas que surgiram durante o curso	1,9	1,9	7,5	32,1	56,6	
15	FS5	Senti-me apoiado pelos moderadores e tutores nos fóruns de discussão	5,7	1,9	3,8	26,4	62,3	
16	FS8	A webconferência é uma ferramenta que melhora a qualidade do curso	3,8	1,9	15,1	30,2	49,1	
17	FS4	Acredito que outras ferramentas poderiam ser utilizadas para tornar o curso mais dinâmico.	26,4	9,4	26,4	22,6	15,1	

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

As primeiras quatro perguntas estão diretamente relacionadas ao uso da plataforma como ferramenta tecnológica de ensino. O curso aconteceu em duas plataformas diferentes. A parte teórica ocorreu na Plataforma *Moodle* UFT, e a parte prática na Plataforma Telessaúde UFT. Essa mudança ocorreu por questões logísticas e por causa das diversas ferramentas que a segunda plataforma poderia oferecer. A primeira pergunta refere-se às dificuldades de acesso em decorrência da alteração entre plataformas. 30,2% marcaram a opção “discordo totalmente”, indicando que não tiveram dificuldades no acesso e na mudança de plataforma. Do mesmo modo, também 30,2% dos participantes assinalaram “concordo parcialmente” indicando dificuldades no processo de mudança. Os dados indicam que os participantes se dividiram entre opções divergentes.

A segunda pergunta refere-se à necessidade de auxílio para cadastro e acesso às plataformas. Nesse caso, a maioria dos participantes marcou concordo totalmente ou parcialmente com a assertiva. Assim, é possível afirmar que 58,5% dos participantes recorreram à equipe de apoio. Desse modo, o mais indicado seria evitar a alteração entre plataformas de ensino e intensificar o apoio no processo de inscrição e acesso.

A terceira pergunta está relacionada a facilidade de acesso aos materiais didáticos, subgrupos e fóruns e a quarta pergunta à adequação dos recursos tecnológicos

disponibilizados durante o curso. Ambas tiveram a maior quantidade de respostas na opção “concordo totalmente”, com, respectivamente, 43,4% e 45,3%. Outra grande porcentagem das respostas encontra-se na opção “concordo parcialmente”. Os resultados indicam que o acesso à plataforma, aos conteúdos, fóruns e outras atividades foram fáceis, adequados e suficientes.

A segunda parte deste questionário busca informações a respeito do conteúdo disponibilizado e do processo de aprendizagem durante o curso. Possui um total de nove perguntas, que vão da 5ª questão até a 13ª questão.

As questões de 5 a 8 tiveram maior concentração de respostas na opção “concordo totalmente”, indicando que as informações explicativas, a qualidade do conteúdo, a elaboração dos materiais didáticos e a relação entre conteúdo e avaliação foram positivas.

A nona pergunta investiga se os participantes realizam consultas ao material do curso em caso de dúvidas na prática profissional. Nesse caso, 50,9% concordam totalmente com a afirmação, 39,6% concordam parcialmente, indicando que grande parte dos participantes recorreu ao conteúdo ao constatar dúvidas durante sua prática; 7,5% apontaram que não concordam, nem discordam; e 1,9% discordaram totalmente da assertiva.

A décima pergunta questiona se os participantes fizeram download da apostila do curso, que foi disponibilizada integralmente. 67,9% dos participantes afirmaram que realizaram o download, enquanto 32,1%, quase um terço dos participantes, responderam que não realizaram o download.

A 11ª pergunta refere-se à necessidade de inclusão de outros assuntos que não foram abordados no curso. Do total de participantes, 81,1% acreditam que o conteúdo é suficiente, e não seria necessário incluir nenhum outro assunto. Já 18,9% indicaram que outros assuntos poderiam ter sido abordados, tais como sugeridos: interações medicamentosas, internação compulsória, prática e manejo do serviço social na saúde mental, e ainda indicação de que o curso fosse menos voltado à área médica e abrangesse mais a prática de outras profissões.

As 12ª e 13ª perguntas referem-se à adequação da carga horária do curso, com total de 152 horas; e a adequação do período do curso, que durou cerca de 10 meses. Em ambas perguntas, a maioria respondeu que tanto a carga horária, quanto o tempo foram adequados, com total de 96,2% e 92,5%, respectivamente. Com relação à carga horária, apenas 3,8% responderam que não foi adequada, e sugeriram uma carga horária maior, de 360 horas, de modo que, ao invés de ser apenas um curso de capacitação, passasse a ser um curso de

especialização EaD. Com relação ao período total do curso, 7,5% responderam que não foi adequada, e as sugestões variaram entre a redução do tempo de curso, de modo a torná-lo mais sucinto; e a dilatação do tempo de curso, com objetivo de fortalecer mais a prática no espaço profissional do participante.

A terceira parte deste questionário possui 4 perguntas (da 14^o a 17^o) que buscam informações a respeito do suporte/apoio disponibilizado aos participantes. As três primeiras perguntas desse bloco foram avaliadas positivamente, visto que os resultados concentraram-se principalmente na opção “concordo totalmente” no que se refere à adequação do suporte recebido, apoio dos tutores e moderadores e à utilização dos recursos de webconferência.

A respeito da 16^o questão, é importante ressaltar que, apesar dos diversos contatos, nem todos os grupos se disponibilizaram a participar das webconferências propostas pela moderadora. Desse modo, os resultados indicam também que 15,1% não concordam, nem discordam sobre a utilização da webconferência; 1,9% discordam parcialmente; e 3,8% discordam totalmente. Esses últimos dados apresentados provavelmente referem-se àqueles participantes que não fizeram uso deste recurso tecnológico, ou que tiveram alguma dificuldade de acesso (dúvidas para acessar, conexão ruim, dificuldades em ativar vídeo, áudio etc.).

A 17^o pergunta questiona se outras ferramentas poderiam ter sido utilizadas para melhorar a qualidade do curso. Os resultados demonstram que 26,4% dos participantes discordam da afirmação, indicando que não haveriam outras ferramentas a serem sugeridas. Da mesma forma, 26,4% responderam que não concordam, nem discordam, indicando indiferença com relação a utilização de outras ferramentas. 22,6% responderam que concordam parcialmente, e 15,1% que concordam totalmente com a utilização de novas ferramentas. Entre as sugestões, os participantes citaram utilização de vídeos e grupos no aplicativo *WhatsApp*, mostra de experiências de práticas exitosas ao final do curso, disponibilização de outros materiais do curso além da apostila, tal como vídeos e avaliações; maior quantidade de aulas em formato de vídeo; supervisão/acompanhamento da execução do projeto e possibilidade de encontro presencial para instruções sobre o plano de ação da parte prática.

Com relação às sugestões, cabe ressaltar que os moderadores se disponibilizaram em tempo integral, pela plataforma, pelo telefone e pelo *WhatsApp*, repassando inclusive os contatos pessoais para que os participantes entrassem em contato sempre que tivessem

necessidade. Nesse contexto, foram criados diversos grupos no aplicativo *WhatsApp*, a fim de facilitar a comunicação.

Importante reforçar também que foi realizada a supervisão e acompanhamento da escrita, execução, e relatório final dos projetos da parte prática do curso. Visto que o curso é totalmente *online*, esse acompanhamento ocorreu principalmente pela Plataforma Telessaúde, por meio da anexação de documentos nos subgrupos dos municípios, fóruns e webconferências. Em relação à sugestão de encontro presencial para instruções sobre o plano de ação da parte prática, entendemos como intangível, visto que há participantes em diversos estados do Brasil, e não havia disponibilização de recurso nem de profissionais para realizar essa aproximação.

Para finalizar o questionário de avaliação geral do curso, foi incluída uma pergunta aberta solicitando que os participantes apresentassem as vantagens de um curso *online* teórico e prático, em detrimento de um curso apenas teórico. A maioria afirmou que o curso *online* teórico e prático possibilitou a realização de ações voltadas à saúde mental em seus locais de trabalho. Ou seja, além da praticidade e acessibilidade que o curso *online* propõe, este curso em específico oportunizou também a aplicação prática de parte do conteúdo.

Ainda sobre essa questão, conforme afirmado pelos participantes, essa proposta impactou na absorção do conteúdo estudado, no ambiente de trabalho do profissional participante, no aprimoramento das habilidades, no incentivo à prática multiprofissional, na participação da comunidade, na inclusão dos usuários no processo de aprendizagem, na aplicabilidade do conteúdo e levantamento das forças e fraquezas do ambiente de trabalho, entre outras vantagens.

Alguns participantes citaram também a importância do EaD, que assegura a flexibilidade de tempo para estudo, para a realização das atividades, a praticidade do acesso, a facilidade do aprendizado, possibilidade de revisar os conteúdos sempre que necessário e oportunidade para os profissionais alocados em grandes capitais ou no interior. De modo geral, os participantes ressaltaram que a prática é fundamental para a compreensão dos conceitos aprendidos, e este curso proporcionou, através de sua proposta, maior dinamicidade e assimilação do conteúdo, incentivando a ampliação de ações de prevenção e promoção em saúde mental.

4.3 Resultados da avaliação do impacto em amplitude

O instrumento de avaliação do impacto em amplitude foi desenvolvido por Abbad (1999) e apresenta indicadores padrões, com dimensões gerais, que podem ser utilizados para avaliar o impacto de qualquer treinamento, capacitação ou curso. Possui 12 perguntas com escalas de concordância que variam de 1 a 5, sendo 1 - discordo totalmente; 2 - discordo parcialmente; 3 - não concordo, nem discordo; 4 - concordo parcialmente e 5 - concordo totalmente. Foram incluídos as porcentagens de respostas em cada item, e também os valores das medianas e desvio padrão de cada uma das variáveis, tabulados e calculados em planilha do *Microsoft Office Excel*. Os resultados são apresentados na Tabela 4 e serão discutidos a seguir.

Tabela 4: Impacto em amplitude

Nº	Variáveis	Resposta (%)					Media na	Desvio Padrão
		1	2	3	4	5		
1	Utilizo, com frequência, em meu trabalho atual, o que foi ensinado na capacitação	-	3,8	5,7	43,4	47,2	4	0,76
2	Aproveito as oportunidades que tenho para colocar em prática o que me foi ensinado na capacitação	1,9	1,9	3,8	26,4	66,0	5	0,82
3	As habilidades que aprendi na capacitação fizeram com que eu cometesse menos erros, em meu trabalho, em atividades relacionadas ao conteúdo da capacitação.	7,5	3,8	3,8	20,8	64,2	5	1,20
4	Recordo-me bem dos conteúdos ensinados na capacitação	3,8	1,9	7,5	60,4	26,4	4	0,88
5	Quando aplico o que aprendi na capacitação, executo meu trabalho com maior rapidez.	-	5,7	11,3	28,3	54,7	5	0,89
6	A qualidade do meu trabalho melhorou nas atividades diretamente relacionadas ao conteúdo da capacitação.	-	5,7	5,7	28,3	60,4	5	0,84
7	A qualidade do meu trabalho melhorou mesmo naquelas atividades que não pareciam estar relacionadas ao conteúdo da capacitação.	-	5,7	13,2	26,4	54,7	5	0,91
8	Minha participação na capacitação serviu para aumentar minha motivação para o trabalho.	-	3,8	13,2	30,2	52,8	5	0,85
9	Minha participação na capacitação aumentou minha autoconfiança. (Agora tenho mais confiança na minha capacidade de executar meu trabalho com sucesso).	-	1,9	11,3	43,4	43,4	4	0,74
10	Após minha participação na capacitação, tenho sugerido, com mais frequência, mudanças nas rotinas de trabalho.	1,9	-	20,8	45,3	32,1	4	0,84

11	Essa capacitação que fiz tornou-me mais receptivo a mudanças no trabalho.	1,9	1,9	11,3	37,7	47,2	4	0,88
12	A capacitação que fiz beneficiou meus colegas de trabalho, que aprenderam comigo algumas novas habilidades.	1,9	3,8	11,3	39,6	43,4	4	0,92

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Com relação aos resultados apresentados na Tabela 4, observa-se que a maioria dos participantes considera que houve impacto em seu trabalho, já que todos os itens apresentam uma concentração de respostas superior a 75% nos itens mais altos da escala (opções 4 e 5). O valor da mediana variou entre 4 e 5, demonstrando um aspecto positivo em relação ao impacto e à aplicabilidade dos conteúdos do curso na prática profissional e ambiente de trabalho.

As questões 1 e 2 alcançaram maior pontuação na somatória dos itens positivos da escala. A questão 2 averigua se os participantes aproveitam as oportunidades que têm para colocar em prática o que foi ensinado na capacitação. A soma dos resultados foi a maior deste questionário, alcançando 92,4% (26,4% + 66,0%). A questão 1 averigua a respeito da utilização do conhecimento adquirido na capacitação, e alcançou uma soma de 90,6% das respostas (43,4% + 47,2%). A questão 7 computou a menor somatória nos itens positivos na escala, e avalia se a qualidade do trabalho do participante melhorou mesmo naquelas atividades que não pareciam estar relacionadas ao conteúdo da capacitação. Essa somatória alcançou um total de 77,4% (26,4% + 54,7%).

A questão 3, que avalia se as habilidades aprendidas na capacitação reduziram os erros no trabalho, no que se refere ao conteúdo estudado, apresentou desvio padrão de 1,20, indicando discordância moderada entre opiniões; enquanto todas as outras questões apresentaram menor dispersão em relação aos aspectos avaliados.

O impacto em amplitude refere-se ao desempenho, efetividade e efeitos da atuação nos níveis individual e coletivo. Investiga a transferência do conhecimento adquirido na capacitação para o contexto de trabalho do participante, de modo a intervir na realidade, contribuindo com a solução de problemas e incentivando a produtividade coletiva (ABBAD et al., 2012). Os resultados indicam que o aprendizado adquirido no curso está sendo utilizado no ambiente de trabalho, contribuindo para o alcance do objetivo do curso por meio da produção de conhecimentos, dos efeitos nos comportamentos e consequências no ambiente de trabalho dos participantes.

4.4 Resultados da avaliação do impacto em profundidade

O questionário de avaliação do impacto em profundidade foi criado a partir dos objetivos do curso e conta com um total de 40 perguntas fechadas, que foram organizadas a partir dos conteúdos propostos em cada um dos 9 capítulos. Desse modo, “os itens de avaliação de impacto em profundidade são dependentes dos objetivos educacionais específicos almejados por um curso”, e visam o desenvolvimento de habilidades e conhecimentos “valorizados pela organização e visíveis no ambiente de trabalho, sendo passíveis de avaliação de impacto” (ALBERTINI, 2013, p. 44). Ao final, foi incluída uma pergunta aberta a respeito das expectativas e percepções em relação ao curso.

Este questionário foi desenvolvido baseado numa escala tipo *Likert* de cinco pontos, variando de 1 – discordo totalmente, ao 5 – concordo totalmente. Foi incluído o zero para indicar a opção “não se aplica”. Foi aplicado em dois momentos, no início do curso, e após a finalização.

Para analisar o comparativo de respostas pré e pós curso, além da mediana e do desvio padrão, foi utilizado o teste não paramétrico de *Wilcoxon Rank Test* (VIEIRA, 2003). Todas as análises estatísticas foram realizadas utilizando o *software* Biostat 5.0 de distribuição livre, adotando o valor de $p < 0,05$ como significativo.

Tabela 5: Impacto em profundidade - análise estatística

Nº	Pré Curso		Pós Curso		p
	Mediana	Desv. padrão	Mediana	Desv. padrão	
1	5	0,68	5	0,41	<0.4755
2	5	1,20	5	0,75	<0.0242
3	4	0,89	4	0,84	<0.6055
4	4	1,01	4	1,32	<0.0853
5	3	1,60	4	1,30	<0.0002
6	3	1,65	4	1,44	<0.0023
7	3	1,46	3	1,57	<0.2232
8	2	1,45	3	1,53	<0.2374
9	4	1,00	4	0,91	<0.0645
10	5	1,21	5	1,14	<0.9678
11	5	0,87	5	0,77	<0.2488
12	4	1,35	4	1,40	<0.7571
13	2	1,93	4	1,71	<0.0043
14	5	0,87	5	0,58	<0.2813

15	4	1,55	4	1,49	<0.0998
16	4	1,86	4	1,67	<0.1803
17	5	1,22	5	1,39	<0.9018
18	4	1,35	4	0,98	<0.0406
19	3	1,51	4	1,30	<0.0307
20	2	1,29	3	1,38	<0.0153
21	3	1,49	4	1,37	<0.0193
22	3	1,32	4	1,35	<0.0173
23	1	1,53	1	1,46	<0.6042
24	4	1,35	4	1,59	<0.4595
25	3	1,36	4	1,54	<0.0461
26	3	1,41	4	1,52	<0.9478
27	3	1,26	4	1,25	<0.0122
28	2	1,93	2	2,04	<0.8690
29	4	1,79	4	1,86	<0.9591
30	4	1,58	4	1,66	<0.1546
31	2	1,65	3	1,55	<0.0797
32	3	1,53	4	1,63	<0.2651
33	3	1,75	4	1,64	<0.1414
34	2	1,45	3	1,67	<0.0102
35	4	1,42	4	1,54	<0.6105
36	3	1,83	4	1,78	<0.1440
37	2	1,34	4	1,68	<0.0232
38	2	1,57	3	1,78	<0.0331
39	4	1,54	4	1,57	<0.3391
40	3	1,94	4	1,70	<0.0154

Fonte: Dados da pesquisa, 2020. Bioestat 5.0.

A partir da Tabela 5, podemos verificar que os itens 2, 5, 6, 13, 18, 19, 20, 21, 22, 25, 27, 34, 37, 38 e 40 apresentaram diferença estatisticamente significativa, tendo em vista o valor de $p < 0,05$. O desvio padrão variou entre 0,68 até 1,94 nos resultados pré curso, e entre 0,41 até 2,04 nos resultados pós curso, indicando discordância moderadamente alta entre as opiniões dos participantes. Sete questões apresentaram desvio padrão abaixo de 1,0; 32 questões apresentaram desvio padrão entre 1,0 e 2,0; e apenas uma questão apresentou desvio padrão acima de 2,0.

O objetivo do curso de capacitação em Saúde Mental foi impactar diretamente na rede de saúde, na atuação e desenvolvimento do profissional participante e das equipes envolvidas com o ambiente de trabalho deste participante. Desse modo, o questionário foi dividido em 9 partes, seguindo a proposta dos capítulos estudados, a fim de discutir os resultados de maneira clara e dinâmica.

4.4.1 Capítulo 1: acolhimento

O primeiro capítulo do curso estava voltado à compreensão da importância do acolhimento como uma estratégia de interferência nos processos de trabalho; a discussão das dimensões do acolhimento e o apoio ao protagonismo dos usuários e famílias. Os resultados são apresentados abaixo, na Tabela 6.

Tabela 6: Impacto em profundidade - capítulo 1

Nº	Capítulo 1: Acolhimento	Resposta pré curso (%)						Resposta pós curso (%)					
		0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
1	O acolhimento é uma estratégia de fortalecimento do acesso e da inclusão, da clínica ampliada e compartilhada e da avaliação de situações de vulnerabilidade.	-	1,9	-	1,9	13,2	83,0	-	-	-	1,9	11,3	86,8
2	Minha atuação é baseada nas dimensões do acolhimento.	3,8	1,9	3,8	1,9	37,7	50,9	-	1,9	-	3,8	26,4	67,9
	Quais dimensões do acolhimento?												

Fonte: dados da pesquisa, 2020.

O acolhimento é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS, e reflete uma postura ética e prática das ações de atenção e gestão em saúde. Possui forte relevância, pois “favorece a construção de relação de confiança e compromisso entre as equipes e os serviços” e possibilita avanços “na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS como uma política pública essencial para a população brasileira” (BRASIL, 2010, p. 75).

A primeira assertiva do questionário trata a respeito do acolhimento como uma estratégia de fortalecimento do acesso e da inclusão, da clínica ampliada e compartilhada e da avaliação de situações de vulnerabilidade. Os resultados indicam que a grande maioria dos participantes já percebia o acolhimento como uma estratégia de fortalecimento, mesmo antes da participação no curso. O comparativo pré e pós curso indicam que não houve diferença estatisticamente significativa entre as respostas, tendo em vista o valor de p (<0.4755).

A segunda questão averigua se o participante baseia sua atuação nas dimensões do acolhimento. O valor de **p** (**<0,0242**) indica que houve diferença significativa entre as respostas. Além disso, houve considerável aumento da porcentagem de respostas no item “concordo totalmente”, indicando que, após o final do curso, os participantes acreditam ter maior conhecimento a respeito do assunto estudado. Conforme os diversos textos do Ministério da Saúde sobre essa temática, as dimensões do acolhimento baseiam-se no cuidado, encontro, escuta qualificada, construção de vínculos e avaliação de danos, riscos e vulnerabilidades (BRASIL, 2010).

Ainda na segunda questão, foi aberto um espaço para questionamento sobre quais dimensões do acolhimento o profissional conhece e utiliza. Nos resultados pré curso, uma grande parte dos participantes deixou a resposta em branco, totalizando 22,6% dos resultados; ou respondeu “não sei” (9,4%). Os termos mais recorrentes foram escuta e/ou escuta qualificada (22,6%), postura ética (17,0%), acolhimento (9,4%) e diálogo (9,4%). Após o final do curso, os termos mais comuns foram escuta qualificada (26,4%), postura ética (17,0%) reorganização dos processos de trabalho (15,1%), diálogo (11,3%), humanização (9,4%), e empatia (7,5%). As respostas em branco totalizaram 7,5%.

O acolhimento simboliza um conjunto de ações que os profissionais da saúde devem praticar em sua atuação. Deve ser entendido como parte do processo de produção de saúde, e não como um fator que depende da “boa vontade” do profissional, ou que se restringe apenas à recepção dos serviços. O reducionismo tornaria o acolhimento uma ação pontual, descomprometida e isolada, invalidando a proposta de atendimento do SUS (BRASIL, 2010; BRASIL, 2016).

O acolhimento deve acontecer em toda linha de cuidado, qualificando a relação entre o profissional e o usuário em toda sua extensão. Assim, entende-se que muito além de um espaço, o acolhimento representa uma postura ética que viabiliza a potencialização dos princípios do SUS, do cuidado integral, da humanização no atendimento e da escuta qualificada, entre outros. A PNH prevê o acolhimento a partir de três perspectivas: a) acolhimento como mecanismo de ampliação/facilitação do acesso; b) acolhimento como postura, atitude e tecnologia de cuidado; e c) acolhimento como dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe (BRASIL, 2010).

Sem mudança no fazer em saúde não há acolhimento. É necessário problematizar o processo de trabalho com foco nas relações e na capacidade de inclusão. Construir a

percepção do usuário e sua rede social como protagonista, participante ativo no seu processo de saúde. Além de mudança na relação profissional/usuário, profissional/profissional, profissional/gestor, através de parâmetros éticos, técnicos, de solidariedade e em defesa da vida (BRASIL, 2010; BRASIL, 2016).

4.4.2 Capítulo 2: Identificação de problemas e transtornos mentais

O objetivo do segundo capítulo foi discutir formas de identificar problemas e possíveis transtornos mentais na população atendida nos serviços básicos de saúde, utilizando instrumentos de rastreamento para transtornos mentais comuns, abuso do álcool e dependência do tabaco, risco de suicídio e demência. Foram elencadas três perguntas (3° a 5°) a respeito dessa temática. Os resultados são apresentados abaixo, na Tabela 7.

Tabela 7: Impacto em profundidade - capítulo 2

Nº	Capítulo 2: Identificação de problemas e transtornos mentais	Resposta pré curso (%)						Resposta pós curso (%)					
		0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
3	Constantemente consigo identificar problemas e possíveis transtornos mentais na população atendida onde trabalho	1,9	-	1,9	7,5	52,8	35,8	-	1,9	1,9	7,5	43,4	45,3
4	Tenho dúvidas sobre os diagnósticos em casos que indicam algum tipo de transtorno mental	1,9	-	7,5	17,0	49,1	24,5	3,8	7,5	9,4	17,0	43,4	18,9
5	Em casos de pacientes com transtorno mental utilizo um roteiro específico para identificação de problemas. Qual?	18,9	11,3	17,0	18,9	28,3	5,7	3,8	5,7	3,8	24,5	34,0	28,3

Fonte: dados da pesquisa, 2020.

Os profissionais que atuam nos serviços de saúde precisam estar atentos às situações dos usuários. É comum que, além da demanda inicial, o usuário traga o relato de outros problemas psicossociais, que podem influenciar na busca pelo serviço de saúde. Estressores ambientais e situação socioeconômica, por exemplo, podem alterar as emoções e comportamento das pessoas, podem causar sofrimento intenso e persistente. Por isso, é importante que o profissional tenha habilidade na identificação de problemas ou de

transtornos mentais, possibilitando adotar as melhores medidas para o cuidado do usuário (CHIAVERINI, 2011).

Desse modo, a terceira pergunta é a respeito da capacidade de identificação de problemas e possíveis transtornos mentais na população atendida onde o participante trabalha. O valor de p (<0.6055) indica que não houve impacto ou alteração significativa nos resultados. Mas a concentração de respostas nos itens “concordo parcialmente” e “concordo totalmente” indicam que os profissionais acreditam que possuem capacidade para identificar problemas e possíveis transtornos mentais na população atendida.

A quarta pergunta averigua se os participantes tem dúvidas para proceder com diagnósticos em casos que indicam algum tipo de transtorno mental. Conforme representado na Tabela 7, não houve diferença significativa entre as respostas do grupo antes e depois da realização do curso ($p<0,0853$). Vale ressaltar que as respostas se concentraram na opção “concordo parcialmente”, apresentando uma redução quando comparados os resultados pré e pós curso.

A esse respeito, evidencia-se que o diagnóstico se dá por meio da avaliação de sinais, sintomas e manifestações do paciente. No caso dos transtornos mentais, o diagnóstico foca-se principalmente em padrões de comportamento, que indicam ou não uma patologia. De modo geral, essas doenças não são detectadas por meio de exames, e pautam-se na gravidade ou persistência do transtorno mental, comorbidades e outras condições médicas, tornando os diagnósticos difíceis de serem confirmados e passíveis de discordâncias entre os profissionais (ARONNE; MONTEIRO, 2018).

Neste capítulo foi apresentado o Cartão Babel (Anexo B), um instrumento de avaliação em saúde mental que possibilita a avaliação de diversas dimensões, relacionadas aos transtornos do humor, transtornos ansiosos, avaliação do risco de suicídio, demência, álcool e tabaco. O instrumento inclui roteiros de consulta dos instrumentos Mini Exame do Estado Mental, Teste de Fagerström e CAGE, além do levantamento de dados, auxiliando na discussão de casos e matriciamento em saúde mental (GONÇALVES et al, 2009).

A quinta pergunta refere-se exatamente a utilização de um roteiro específico para identificação de questões relacionadas à saúde mental. Os resultados apontam que houve diferença significativa entre as respostas ($p>0,0002$), sendo que a mediana passou de 3 para 4, ao comparar os valores do grupo antes e depois da realização do curso. Também nesse sentido, houve aumento significativo da porcentagem de respostas no item “concordo

parcialmente”, passando de 5,7% para 28,3%. Nos resultados pré curso uma grande porcentagem dos participantes assinalou a opção “não se aplica”, ou “não concordo, nem discordo” indicando que não utilizavam nenhum tipo de roteiro.

Ainda sobre essa questão, foi realizada uma pergunta aberta a respeito de quais roteiros os participantes utilizavam. Nos resultados pré curso 60% dos participantes optaram por não responder. As respostas com maior frequência foram não utilizo/não se aplica (15,1%), ficha de anamnese (11,3%), entrevista (5,7%), encaminhamento aos serviços especializados (5,7%) e escuta ou escuta qualificada (3,8%).

Após o final do curso, 47,2% não responderam. As respostas com maior repetição foram Cartão Babel (11,3%), ficha de acolhimento (11,3%), escuta/escuta qualificada (11,3%), avaliação do histórico médico e familiar (7,5%), protocolo Assist, anamnese e Audit (3,8% cada uma das opções). É importante ressaltar que o Cartão Babel (Anexo B) foi um instrumento apresentado e discutido neste capítulo, que não havia sido citado nas respostas pré curso, mas foi mencionado por vários participantes nos resultados pós curso, indicando a utilização deste roteiro como um recurso para o atendimento de pacientes.

O Assist (Anexo C) é um instrumento utilizado para triagem do envolvimento com álcool, tabaco e outras drogas (HENRIQUE et al, 2004). O Audit (Anexo D) é um instrumento de identificação de transtornos relacionados ao álcool, que avalia grupos ou indivíduos, e identifica os diferentes níveis de intervenção necessários considerando o padrão de uso do álcool nocivo ou de risco (MATTARA et al, 2010).

Houveram ainda citações a utilização das Escalas Beck (1,9%), que medem a intensidade da depressão, ansiedade, ideação suicida e desesperança (uso restrito da área da psicologia); realização de consulta compartilhada (1,9%), ou seja, em conjunto com outro profissional que tenha conhecimento acerca de questões de saúde mental (um psiquiatra, por exemplo); e utilização de roteiro próprio (1,9%), entre outros. Instrumentos como CAGE (1,9%), que é focado na detecção do uso de álcool, e SRQ (1,9%), usado para mensuração do nível de suspeição de transtorno mental, também foram citados (Anexo E). É importante citar que o CAGE é um instrumento voltado à avaliação do uso nocivo do álcool, e está incluído de forma sucinta no Cartão Babel, com 4 perguntas. O CAGE sugere ainda que, se duas respostas forem positivas, deve-se realizar uma avaliação mais aprofundada, podendo utilizar o instrumento ASSIST.

É importante ressaltar que a articulação entre a Política de saúde mental e atenção básica é ainda um desafio a ser enfrentado. Apesar de todos os avanços e discussões, o modelo utilizado é “essencialmente biomédico, com estrutura curativa, centrado na doença e arraigado ao tratamento psiquiátrico com forte medicalização, reforçando um modelo de atenção em saúde que limita ações resolutivas em saúde mental” (ROTOLI et al., p. 2, 2019).

A percepção de grande parte dos profissionais da atenção básica sobre saúde mental é que o acompanhamento desses casos não é responsabilidade do território, e devem ser diretamente encaminhados para os serviços especializados. Os profissionais referem sentimentos ligados à angústia, insegurança, impotência, e despreparo frente à necessidade de cuidados em saúde mental. Além disso, outras barreiras, como falta de interesse e participação dos gestores, dificuldades na organização dos serviços, problemas estruturais, falta de profissionais, e até mesmo a ambivalência da pessoa com transtorno mental em relação à aceitação e continuidade do tratamento interferem na qualidade, ampliação e garantia de continuidade da oferta dos serviços em saúde mental na atenção básica (AOSANI; NUNES, 2013; ROTOLI et al, 2019).

A avaliação do estado mental é uma prática básica para o cuidado em saúde mental. Existem vários instrumentos e abordagens que investigam as funções mentais e suas patologias. Assim, as causas dos problemas e transtornos mentais são multifatoriais.

Compreender esse emaranhado de relações exige um modelo complexo, capaz de considerar o ambiente, e toda a complexidade das sociedades humanas, as experiências emocionais vividas desde o nascimento, o substrato biológico que nos constitui como corpo, indivíduo semelhante, mas único na sua espécie (SUSSER, 2006). Além disso, é importante contextualizar. Até mesmo a noção de normalidade tem variações, a depender do meio social e cultural do indivíduo. Assim, para a avaliação do estado mental, deve-se levar em consideração, muito além dos sintomas patológicos, as manifestações que expressam questões culturais (BRASIL, 2011; CHIAVERINI, 2011).

4.4.3 Capítulo 3: acompanhamento e encaminhamento

O terceiro capítulo buscou discutir e conceituar matriciamento, discutir sobre o suporte estrutural e profissional dos serviços de saúde e discutir sobre a rede de serviços em

saúde mental. No questionário foram apresentadas cinco perguntas, das questões 6º a 10º. Os resultados são apresentados na Tabela 8 e discutidos a seguir.

Tabela 8: Impacto em profundidade - capítulo 3

Nº	Capítulo 3: Acompanhamento e encaminhamento	Resposta pré curso (%)						Resposta pós curso (%)					
		0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
6	No meu trabalho, utilizo as ferramentas do matriciamento para o acompanhamento de pacientes com transtornos mentais	17,0	9,4	7,5	30,2	22,6	13,2	3,8	7,5	7,5	13,2	28,3	39,6
7	O meu ambiente de trabalho possui estrutura para acolhimento e acompanhamento de pessoas em sofrimento mental ou com transtornos mentais leves, moderados e graves	11,3	11,3	22,6	22,6	24,5	7,5	7,5	13,2	18,9	13,2	28,3	18,9
8	O meu ambiente de trabalho possui profissionais suficientes para acolhimento e acompanhamento de pessoas em sofrimento mental ou com transtornos mentais leves, moderados e graves	11,3	20,8	26,4	11,3	26,4	3,8	5,7	24,5	17,0	13,2	28,3	11,3
9	Conheço os diversos serviços que fazem parte da rede de saúde mental. Quais?	1,9	-	9,4	13,2	54,7	20,8	-	1,9	3,8	11,3	41,5	41,5
10	Quando surgem demandas de saúde mental realizo ou sugiro encaminhamentos para os serviços especializados. Quais?	1,9	1,9	9,4	7,5	26,4	52,8	-	3,8	9,4	5,7	28,3	52,8

Fonte: dados da pesquisa, 2020.

O matriciamento em saúde mental é uma estratégia dentro do movimento da reforma psiquiátrica brasileira, que tem como um de seus objetivos qualificar as equipes de saúde da atenção básica no que concerne aos atendimentos e ações em saúde mental. O matriciamento se baseia em um processo de compartilhamento de práticas e saberes em saúde, por meio de intervenções pedagógicas e terapêuticas no campo da saúde. É um cuidado colaborativo entre a saúde mental e a atenção básica (CAMPOS, 1999). Neste sentido, o matriciamento pressupõe um processo horizontalizado em saúde, estruturado com equipe de referência e equipe e apoio matricial, passando então a ser um arranjo do sistema de saúde, na forma de organização da gestão do trabalho em equipe integrada, ampliando o acesso da população

aos serviços, com uma visão da clínica ampliada, com o estabelecimento de vínculos entre os diversos profissionais e os serviços (ONOKO-CAMPOS; et al, 2011).

Dentro desse contexto, a sexta pergunta refere-se à utilização das ferramentas de matriciamento para o acompanhamento de pacientes com transtornos mentais. Os resultados de p ($<0,0023$) apontam que houve diferença significativa entre as respostas. Além disso, o aumento das porcentagens nos itens “concordo parcialmente” e “concordo totalmente”, demonstrados na Tabela 8 reforçam a significância a respeito da utilização das ferramentas de matriciamento. É relevante também a redução da porcentagem de respostas no item “não se aplica”.

Algumas das ferramentas de gestão do cuidado nos processos de matriciamento são: o projeto terapêutico singular, o genograma, o ecomapa, o atendimento domiciliar, o atendimento individual compartilhado, atendimento individual específico, entre outros. O apoio matricial surge como uma proposta para a consolidação da produção de cuidado em saúde mental e potencialização do protagonismo de profissionais e usuários por meio do compartilhamento de conhecimentos entre equipes e construção de novas práticas em saúde (BRASIL, 2014). No entanto, a concretização do matriciamento se dá apenas a partir das mudanças nas relações de trabalho, tornando-as horizontalizadas e capazes de proporcionar o cuidado de modo integral; e das mudanças na formação em saúde, que deve romper com o modelo biomédico e ampliar as concepções de saúde (IGLESIAS; AVELLAR, 2017).

A sétima e oitava perguntas estão relacionadas à estrutura física e de pessoal no ambiente de trabalho dos participantes, relacionado ao acolhimento e acompanhamento de pessoas em sofrimento mental ou com transtornos mentais leves, moderados e graves. Os resultados de p (<0.2232 ; e <0.2374) demonstram que não houve diferença significativa entre as respostas do grupo antes e depois da realização do curso. É importante ressaltar que não era objeto deste curso a mudança estrutural e de pessoal. No entanto, as duas perguntas são importantes porque mensuram a percepção do participante com relação à estruturação e organização de seu ambiente de trabalho, sendo que esses fatores impactam diretamente na qualidade do serviço ofertado.

A nona pergunta está relacionada ao conhecimento dos participantes acerca dos serviços que fazem parte da rede de saúde mental. Os resultados de p (<0.0645) apontam que não houve mudança significativa no comparativo entre as respostas, sugerindo que,

mesmo antes da realização do curso, os participantes já tinham conhecimento prévio a respeito de quais serviços básicos compõe a rede de saúde mental.

Foi realizada uma pergunta aberta para que os participantes citassem quais serviços da rede de saúde mental conhecem. Os serviços mais citados, tanto nas respostas pré curso quanto pós curso foram muito semelhantes. Nos resultados pré curso 22,6% dos participantes optaram por não responder. As respostas com maior frequência foram CAPS (69,2%), hospitais (16,4%), NASF (17,0%), CRAS (15,1%), CREAS (13,2%) e ambulatório (11,3%). Nos resultados pós curso, 26,4% não responderam. As respostas mais comuns foram CAPS (60,4%), hospitais (17,0%), NASF (15,1%), ambulatório (13,2%) e UBS (9,4%). Foram citados também serviços como SAMU, PRAD (Programa de Recuperação de Alcoólicos e Drogadictos), CSC (Centros de Saúde da Comunidade), e residências terapêuticas. Reforçando o que os resultados da pergunta objetiva já indicavam, não houveram grandes mudanças quando comparadas as respostas dos participantes antes e após a finalização do curso.

Ainda é muito comum o alto índice de encaminhamentos desnecessários, principalmente no âmbito da saúde mental, visto que, a própria unidade de saúde poderia acompanhar pacientes em sofrimento mental, que necessitam de escuta e assistência. Ou ainda, pacientes com transtornos mentais leves ou moderados, que poderiam ser acompanhados nos serviços especializados e também nas unidades de saúde de seu próprio território, com ações integradas entre as equipes além da inclusão da família e do cuidado com uso de psicotrópicos. Os encaminhamentos mais comuns são para os CAPS, hospitais e ambulatórios, centros de convivência e consultórios clínicos e especializados (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011).

A décima questão deste capítulo está relacionada aos encaminhamentos para serviços especializados em caso de demandas de saúde mental. Essa questão também não apontou diferenças significativas na comparação dos resultados pré e pós curso conforme demonstrado no valor de $p (<0.9678)$.

É importante evidenciar que a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída no SUS em 2011. A finalidade da RAPS é possibilitar a ampliação, diversificação e articulação dos serviços de atenção à saúde para pessoas em sofrimento ou transtorno mental e para aquelas com necessidades decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas. Propõe-se, portanto, a renovação do paradigma de cuidado ao promover maior

acessibilidade, integração e articulação efetiva entre os serviços, rompendo assim com o modelo hospitalocêntrico e manicomial (BRASIL, 2015).

4.4.4 Capítulo 4: Práticas em Saúde mental

Os objetivos deste capítulo foram voltados a discussão sobre interdisciplinaridade da prática em Saúde Mental, a utilização de Práticas Integrativas e Complementares (PIC's) no tratamento de pacientes em sofrimento mental e o uso adequado de medicações psicotrópicas. Foram elencadas seis perguntas (11º a 16º) a respeito dessa temática. Os resultados são apresentados abaixo, na Tabela 9.

Tabela 9: Impacto em profundidade - capítulo 4

Nº	Capítulo 4: Práticas em Saúde mental	Resposta pré curso (%)						Resposta pós curso (%)					
		0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
11	Minha atuação é baseada na integralidade da atenção e cuidado à saúde	-	1,9	1,9	7,5	26,4	62,3	-	1,9	1,9	-	24,5	71,7
12	Onde atuo é comum o trabalho em equipes com diferentes profissionais para o acompanhamento de pacientes com transtornos mentais	1,9	5,7	17,0	9,4	34,0	32,1	1,9	9,4	9,4	9,4	32,1	37,7
13	No meu trabalho são realizadas atividades específicas com grupos de pessoas em sofrimento mental Quais atividades?	28,3	13,2	11,3	11,3	17,0	18,9	15,1	1,9	11,3	18,9	24,5	28,3
14	A construção de grupos e oficinas terapêuticas para pacientes com transtornos mentais pode se tornar uma estratégia de cuidado	-	3,8	-	1,9	30,2	64,2	-	-	-	5,7	20,8	73,6
15	Conheço algumas práticas alternativas e complementares para o tratamento de transtornos mentais Quais?	7,5	13,2	9,4	11,3	41,5	17,0	7,5	5,7	3,8	13,2	37,7	32,1
16	Sempre que recebo um paciente com transtorno mental que faz uso de medicação, reavalio a necessidade da continuidade deste medicamento	18,9	7,5	9,4	13,2	24,5	26,4	11,3	7,5	7,5	18,9	26,4	28,3

Fonte: dados da pesquisa, 2020.

A 11ª pergunta do questionário averigua se o participante acredita que sua atuação é baseada na integralidade da atenção e cuidado à saúde. Essa questão não apresenta diferenças significativas na comparação dos resultados pré e pós curso conforme demonstrado no valor de p (<0.2488). Nos dois momentos, as maiores frequências de respostas estão concentradas nas opções 4 e 5 do questionário. Significa dizer que o profissional acredita que trabalha de modo a valorizar as singularidades do sujeito, entendendo suas necessidades e tratando-o com respeito e qualidade. Cabe enfatizar que, conforme a Lei 8.080/1990 a integralidade é definida como um “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990, p. 3).

A 12ª pergunta refere-se ao trabalho interdisciplinar para o acompanhamento de pacientes com transtornos mentais. O valor de p (<0.7571) indica que não houve diferença significativa entre as respostas. Os resultados apontam que no local de trabalho da maioria dos participantes é comum a atuação em conjunto entre diferentes profissionais. O trabalho multidisciplinar se refere à colaboração entre diferentes áreas do conhecimento. Pode indicar compartilhamento de responsabilidades, divisão de tarefas e cooperação, mas não implica necessariamente na construção de um novo saber. Já a prática interdisciplinar prevê a intercessão de conhecimentos, a integração de diferentes áreas em nível de conceitos e métodos, podendo criar novos olhares. Essa atuação possibilita a compreensão integral do ser humano, superando a visão fragmentada do sujeito (GELBCKE; MATOS; SALLUM, 2012).

A 13ª pergunta está relacionada a realização de atividades específicas com grupos de pessoas em sofrimento mental, e demonstrou diferença significativa no comparativo ($p<0.0043$). No início do curso, a maioria das respostas, 28,3%, concentrou-se na opção “não se aplica”, indicando que grupos com pessoas em sofrimento mental não faziam parte das atividades que ocorrem dentro das unidades de saúde. As respostas ficaram divididas entre as alternativas, por isso, houve ainda alta concentração de respostas nas opções concordo totalmente e parcialmente, indicando que, apesar dos resultados discutidos anteriormente, em grande parte dos serviços ocorria algum tipo de atividade voltada a esse público.

Já após o final do curso, as respostas concentram-se principalmente nas opções concordo totalmente e parcialmente. Podemos sugerir que houveram mudanças no modo de

perceber ou atuar em saúde mental nos serviços de saúde dos participantes. Isso porque, além do aumento de respostas nos itens 4 e 5, a quantidade de respostas marcadas na opção “não se aplica” caiu de 28,3% para 15,1%. Ainda a esse respeito, é importante ressaltar que a parte prática do curso pode ter causado impacto positivo neste contexto, visto que incentivou e possibilitou e novas intervenções em saúde mental, gerando mais confiança na prática profissional e oferecendo apoio/suporte aos participantes para a execução de atividades nessa área.

Ainda sobre essa questão, foi aberto um espaço de respostas para que os participantes citassem quais atividades grupais relacionadas à saúde mental acontecem em seu ambiente de trabalho. As respostas tanto do pré curso quanto pós curso foram muito semelhantes.

Nos resultados do pré curso 54,7% dos participantes optaram por não responder, e 13,2% responderam que não havia nenhum tipo de atividade voltada para saúde mental em seu serviço. As práticas com maior frequência foram grupos (26,4%), oficinas (15,1%), atendimento individual (9,4%) e atividades educativas (5,7%). Nos resultados pós curso, 50,9% não responderam. As respostas mais comuns foram grupos (30,2%), oficinas (9,4%), rodas de conversa (7,5%) e psicoterapia (3,8%). Alguns profissionais citaram que o CAPS realiza atividades em grupo voltadas para saúde mental. Nesses casos, as atividades não são realizadas nas unidades básicas, ficando apenas a cargo do serviço especializado.

Os grupos mais citados foram: de psicoterapia; familiar; relacionados ao uso de álcool, drogas e tabagismo; de saúde mental; de apoio; de promoção à qualidade de vida; grupos terapêuticos para controle de depressão e ansiedade; para públicos específicos, como adolescentes, mulheres, cuidadores, enlutados; grupos de orientação (para pais, para familiares, sobre medicamentos, etc); de caminhada e/ou atividade física e grupos criados em parceria com profissionais do CAPS ou NASF. As oficinas mais citadas foram as terapêuticas, além de oficinas de autocuidado; de reinserção social; psicopedagógicas; de planejamento; culinária; artesanato; horta; musicoterapia; hidroginástica; pintura; e atividades lúdicas e recreativas.

O comparativo entre grupos e oficinas tem o propósito de aproximar as duas práticas, já que ambas promovem um espaço de convivência e troca; e ao mesmo tempo apontar as diferenças. De modo geral, os grupos são pensados como espaços de concentração, de reflexão, de escuta e formação de vínculos afetivos. A oficina é percebida como espaço de reabilitação, de aquisição de habilidades e descobertas, de socialização e de experiências

práticas (JUCÁ, 2010; RASERA; ROCHA, 2010). Entende-se que os grupos e oficinas constituem uma estratégia que permite uma troca de experiências e transformações singulares, as quais não seriam viáveis em um atendimento individual, pela diversidade que o momento grupal pode proporcionar (BRASIL, 2013).

A 14ª pergunta questiona se a construção de grupos e oficinas terapêuticas para pacientes com transtornos mentais pode se tornar uma estratégia de cuidado, a partir da perspectiva do participante. Os valores de p (<0.2813) apontam que não houve diferença significativa no comparativo entre as respostas. Tanto no início quanto após o final do curso, a maior porcentagem das respostas se concentra nas opções concordo totalmente ou parcialmente, indicando que os participantes já compreendiam os grupos e oficinas como estratégias de cuidado, mesmo antes da participação no curso.

É importante reforçar que as equipes de saúde da família dos territórios possuem a possibilidade de criação de vínculo com os usuários, envolvendo as comunidades em seus contextos. O cuidado focado na integralidade e na singularidade da pessoa, e não na doença, permite a efetivação de mudanças e a melhoria nos processos de trabalho, para os profissionais, e na qualidade dos serviços ofertados, para os usuários (BRASIL, 2013).

A 15ª pergunta foi voltada ao conhecimento dos participantes a respeito das Práticas Integrativas e Complementares (PIC's). Essas práticas foram incorporadas no SUS em 2006, por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. A proposta visa ampliar a oferta de ações em saúde, garantido os princípios do SUS, incentivando a desmedicalização e a visão ampliada do processo saúde-doença. As respostas dos participantes indicam que não houve alteração significativa no comparativo pré e pós curso ($p<0.0998$). Apesar disso, é importante ressaltar que houve aumento considerável na porcentagem de respostas da opção “concordo totalmente”, de 17,0% para 32,1%.

Ainda na 15ª questão foi incluída uma pergunta aberta para que os participantes citassem quais PIC's eles conheciam. No início do curso, as mais citadas foram acupuntura (18,9%), arteterapia (18,9%), atividade física (17%), meditação (13,2%) e ioga (13,2%). Após o final do curso, foram citadas auriculoterapia (17%), acupuntura (13,2%), meditação (11,3%), realização de oficinas (11,3%) e ioga (11,3%). A quantidade de respostas em branco foi de 41,5% no início do curso e 39,6% no final.

O SUS ofertava inicialmente, em 2006, cinco diferentes práticas integrativas e complementares. Em 2017 foram incluídas outras 14 modalidades; e em 2018 mais 10

modalidades. Atualmente, o SUS oferece 29 procedimentos alternativos. De acordo com o Ministério da saúde, até 2018, a prática mais difundida era a acupuntura, com mais de 707 mil atendimentos no território brasileiro. Em segundo lugar estão as práticas de Medicina Tradicional Chinesa, como *taichi-chuan* e *liangong*. E em seguida a auriculoterapia, ioga, dança e a terapia comunitária (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Em decorrência da grande quantidade de PIC's, no curso de capacitação em saúde mental, optamos por aprofundar o conteúdo nas práticas que já estão sendo utilizadas no Estado do Tocantins. Foram apresentadas e discutidas a arteterapia, auriculoterapia, *ayurveda*, constelação familiar, hipnose, homeopatia, meditação, *mindfulness*, musicoterapia, terapia comunitária integrativa, autocuidado em saúde mental e ioga. Foram incluídas ainda nessa discussão, a leitura como opção terapêutica, a importância da prática contínua de atividade física e a criação de grupos e oficinas terapêuticas.

A 16ª pergunta está relacionada ao uso racional de medicações psicotrópicas no tratamento de pacientes em sofrimento mental. Por isso, questiona se o participante reavalia a necessidade da continuidade de determinada medicação quando atende um paciente com transtorno mental. O valor de p (<0.1803) indica que não houve diferença significativa entre as respostas. Uma parte considerável dos participantes escolheu a opção “não se aplica”. Isso se deve ao fato de grande parte dos profissionais compreender que a reavaliação da medicação é uma atribuição estritamente do médico. Essa percepção, em conjunto com as limitações de tempo e espaço ou ausência de intervenções psicossociais influencia no uso desnecessário de medicação, na prescrição exagerada de psicofármacos, e na quantidade de encaminhamentos para os serviços especializados (CAPONI et al, 2010).

É importante pensar nas medicações como um recurso a ser utilizado em conjunto com outras terapias para o controle de sintomas de sofrimento psíquico. Precisamos entender que sentimentos como tristeza, raiva e ansiedade são inerentes ao ser humano, e fazem parte do processo de desenvolvimento pessoal e social. Assim, as reações devem ser vivenciadas em busca de reflexão e equilíbrio. O tratamento deve acontecer nos casos em que esses sentimentos causam prejuízo nas atividades do cotidiano, e não simplesmente como fuga ou o caminho mais fácil para evitação da dor (PELEGRINI, 2003).

4.4.5 Capítulo 5: Avaliação Inicial, agitação e agressividade

O objetivo do capítulo cinco foi discutir sobre avaliação inicial, abordagem e manejo com paciente, e apresentação de técnicas para o manejo em situações de agitação e agressividade. As questões referentes a este capítulo são enumeradas de 17 a 23, e os resultados são apresentados na Tabela 10.

Tabela 10: Impacto em Profundidade - capítulo 5

Nº	Capítulo 5: Avaliação Inicial, agitação e agressividade	Resposta pré curso (%)						Resposta pós curso (%)					
		0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
17	Em meu local de trabalho recebo com frequência demandas de saúde mental	1,9	5,7	-	11,3	22,6	58,5	3,8	7,5	-	3,8	22,6	62,3
18	Tenho experiência para lidar com pessoas que estão em situação de sofrimento mental	-	7,5	20,8	13,2	24,5	34,0	-	1,9	7,5	15,1	43,4	32,1
19	Tenho capacitação para lidar com pessoas com transtornos mentais leves, moderados e severos	5,7	17,0	9,4	18,9	34,0	15,1	3,8	5,7	7,5	13,2	45,3	24,5
20	A equipe com a qual trabalho está preparada para lidar com pacientes em situação de crise	7,5	22,6	28,3	18,9	20,8	1,9	3,8	15,1	17,0	22,6	30,2	11,3
21	Tenho experiência para lidar com pessoas em situação de crise	5,7	17,0	18,9	15,1	30,2	13,2	3,8	9,4	9,4	11,3	47,2	18,9
22	Tenho capacitação para lidar com pessoas em situação de crise	3,8	18,9	15,1	26,4	30,2	5,7	3,8	7,5	15,1	13,2	43,4	17,0
23	Em meu trabalho utilizo com frequência contenção química e física em situações de crise com pacientes com transtornos mentais	34,0	30,2	15,1	5,7	9,4	5,7	49,1	17,0	9,4	13,2	11,3	-

Fonte: dados da pesquisa, 2020.

A 17ª pergunta é a respeito do recebimento de demandas em saúde mental com frequência no ambiente de trabalho do participante. Os resultados indicam que não houve diferença significativa entre as respostas ($p < 0.9018$). É importante ressaltar que o curso não interfere no aumento ou diminuição de demandas dos serviços de saúde, apenas pode alterar

a percepção do servidor, de modo a capacitá-lo para reconhecer as demandas que surgem em seu ambiente de trabalho.

O profissional precisa ter a capacidade de identificar as demandas que estão relacionadas às questões de saúde mental, para saber como proceder em cada caso. Por isso, no acolhimento inicial, são necessários alguns cuidados, como por exemplo, avaliar a situação e motivações da alteração de humor do paciente, tentar permanecer calmo, mostrar preocupação com o problema, evitar julgamentos pessoais, falar de modo firme, porém amigável e usar gestos positivos. Nesse processo devem ser avaliados o grau de consciência, a aparência, comportamento, atividade motora e comunicação verbal do usuário (QUEVEDO; CARVALHO, 2014).

As 18ª e 19ª perguntas referem-se à experiência e capacitação para lidar com pessoas que estão em situação de sofrimento mental, e ambas apresentaram significância no valor de p (<0.0406 e <0.0307 , respectivamente). A experiência está vinculada diretamente às vivências no contexto do ambiente de trabalho, que vão moldando o saber fazer do profissional. A capacitação é o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes sobre determinado assunto, com o objetivo de incentivar o crescimento profissional por meio de métodos reflexivos, teóricos e práticos (ABBAD, 2012).

Sobre a experiência para lidar com pessoas que estão em situação de sofrimento mental (18ª pergunta), houve maior concentração de respostas nas opções concordo totalmente e parcialmente, apresentando aumento considerável em concordo totalmente, de 24,5% para 43,4%, indicando que, após o final do curso, houve aumento da porcentagem de participantes que acreditam ter experiência para lidar com pessoas em situação de sofrimento mental.

Sobre a capacitação para lidar com pessoas com transtornos mentais leves, moderados e severos (19ª pergunta), houve aumento expressivo da porcentagem de respostas nas opções concordo totalmente e parcialmente, ao mesmo tempo em que houve redução nas opções “discordo totalmente” e “não concordo, nem discordo”.

Apesar da maior porcentagem de respostas estar concentrada na opção “concordo parcialmente” no início do curso, podemos perceber que grande parte das respostas apontavam para indiferença ou percepção de despreparo frente ao cuidado de pessoas com transtornos mentais leves, severos e/ou moderados. Já os resultados pós curso se concentram nos itens 4 e 5. Assim, comparando as porcentagens pré e pós curso, podemos inferir que o

curso impactou positivamente na percepção dos profissionais acerca de sua própria capacidade para lidar com questões de saúde mental.

Neste capítulo, o curso de capacitação em saúde mental trabalhou questões referentes à avaliação inicial, abordagem ao paciente, postura da equipe, sentimentos durante a entrevista, avaliação do estado mental, aspectos como consciência, atenção, orientação, sensopercepção, memória, humor, pensamento e julgamento. Além disso, também foram apresentados e discutidos os transtornos de personalidade mais comuns, avaliação e manejo em casos de agitação e agressividade.

A 20ª pergunta diz respeito ao relacionamento interpessoal e comunicação no ambiente de trabalho. Questiona se a equipe com a qual o participante trabalha está preparada para lidar com pacientes em situação de crise. Os resultados indicam que houve diferença significativa entre as respostas, considerando o valor de p (**<0.0153**).

A maior concentração de respostas no início do curso foi no item “discordo parcialmente”, com 28,3%. As porcentagens demonstram que a percepção sobre a equipe de profissionais ficou bem dividida entre opções distintas, indicando que em alguns municípios as equipes parecem estar mais aptas para lidar com pacientes em situação de crise do que em outros.

Ao observar a Tabela 10, é possível verificar aumento relevante nos itens 4 e 5 do questionário, e redução nos itens 1 e 2, indicando que nos resultados pós curso boa parte dos participantes percebe como funcional o trabalho em equipe. Pode-se deduzir que o fato dos participantes do mesmo município terem desenvolvido um projeto de intervenção em conjunto tenha impactado na percepção do trabalho em equipe, ou na estrutura organizacional do serviço, ou ainda na inclusão de outros profissionais que, mesmo não participando do curso, agregaram conhecimento e atuaram na proposta de intervenção em saúde mental

As 21ª e 22ª perguntas estão relacionadas à experiência e capacitação para lidar com pessoas em situação de crise. Os resultados apontam que as duas questões apresentaram diferença significativa entre as respostas pré e pós curso, valor de p (**<0.0193**) e p (**<0.0173**), respectivamente.

A 21ª pergunta refere-se à experiência para lidar com pessoas em situação de crise. Nos resultados pré curso percebe-se que uma polarização, já que, por um lado, a maior porcentagem concentrou-se no item “concordo parcialmente”, com 30,2%, indicando

concordância com a assertiva; e por outro, 18,9% assinalaram a opção “discordo parcialmente”. Podemos inferir que a maioria acredita ter experiência para lidar com pessoas em situação de crise, mas grande parte tem incerteza em relação a sua própria experiência.

Já nos resultados pós curso, a maior porcentagem de respostas encontra-se nos itens concordo parcialmente e totalmente, sugerindo uma mudança de percepção dos participantes com relação à sua própria experiência profissional.

A 22ª pergunta refere-se à capacitação para lidar com pessoas em situação de crise. Nos resultados pré curso, as respostas ficaram bem divididas entre as opções “concordo parcialmente”, com 30,2%; e “não concordo, nem discordo”, com 26,4%, e “discordo parcialmente”, com 18,9%. Já nos resultados pós curso percebe-se um aumento considerável nos itens 4 e 5 do questionário. A maioria das respostas concentrou-se na opção “concordo parcialmente”, com 43,4%; e “concordo totalmente”, com 17,0%.

Conforme discutido no conteúdo do curso, em casos de agitação extrema ou agressividade por parte do usuário, o profissional deve agir com paciência, cautela e rapidez, a fim de resolver a situação do usuário. O primeiro passo é priorizar a proteção dos profissionais e do usuário para que, assim, haja uma conduta imediata com planejamento terapêutico adequado e minimização de riscos. Após garantir a segurança do ambiente, o segundo passo é buscar formas de acalmar o paciente através de uma abordagem não medicamentosa. Neste momento algum membro da equipe deve tentar abordar o paciente com tranquilidade, ouvindo-o de forma empática para acalmá-lo por meio de uma escuta qualificada que faça o paciente se sentir acolhido e seguro (BALDAÇARA, 2018).

Caso o usuário não se acalme, o terceiro passo é utilizar medicações para contenção química. Em grande parte dos casos o paciente aceita a medicação por via oral ou injetável. No entanto, existem alguns pacientes que ficam agitados e agressivos a tal ponto que colocam em risco a vida dele e de outros e não aceitam tomar medicação de forma alguma. Neste momento, além da necessidade de medicação (contenção química), seria necessário também a contenção mecânica (BALDAÇARA, 2018).

A 23ª pergunta parte desta contextualização para questionar aos participantes se eles utilizam, com frequência, as contenções química e física em situações de crise em pacientes com transtornos mentais. As respostas apontam, tanto no início quanto após o curso, que os participantes entendem que a utilização de contenção química “não se aplica” à sua atuação, totalizando 34,0% das respostas no pré curso e 49,1% no pós curso. É possível que,

novamente, como demonstrado na 16ª pergunta (sobre reavaliação do uso de medicações psicotrópicas), os profissionais compreendam que a utilização de contenção química e física é de responsabilidade e atribuição do médico, o que representa um estigma dos processos de tratamento. A segunda resposta com maior frequência foi a opção “discordo totalmente”, alcançando 30,2% nos resultados pré curso e 17,0% pós curso, indicando que boa parte dos profissionais não concorda com a utilização de contenção química e física. Apesar do aumento expressivo na opção “não se aplica”, essa questão não apresentou diferença significativa entre as respostas ($p < 0.6042$).

4.4.6 Capítulo 6: comportamento suicida e Delirium

O objetivo deste capítulo foi discutir os conceitos e avaliar o manejo de pacientes com risco de suicídio, pensamento e planejamento suicida; e discutir quadro clínico, causas e tratamento de delirium. As questões referentes a este capítulo são enumeradas de 24 a 27, e os resultados são apresentados na Tabela 11.

Tabela 11: Impacto em profundidade - capítulo 6

Nº	Capítulo 6: comportamento suicida e Delirium	Resposta pré curso (%)						Resposta pós curso (%)					
		0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
24	Reconheço e avalio com frequência pacientes com risco de suicídio	9,8	11,3	7,5	22,6	39,6	15,1	11,3	3,8	7,5	7,5	45,3	24,5
25	Tenho capacitação para lidar com o manejo de pacientes com risco de suicídio	7,5	15,1	13,2	28,3	32,1	3,8	11,3	3,8	11,3	3,8	54,7	15,1
26	Reconheço e avalio com frequência pacientes em estado de confusão mental	3,8	15,1	18,9	15,1	35,8	11,3	11,3	9,4	9,4	15,1	47,2	7,5
27	Tenho capacitação para lidar com o manejo de pacientes em estado de confusão mental	1,9	15,1	20,8	26,4	28,3	7,5	3,8	9,4	5,7	24,5	47,2	9,4

Fonte: dados da pesquisa, 2020.

As duas primeiras perguntas deste capítulo estão relacionadas ao suicídio. É importante ressaltar que uma grande porcentagem dos casos de ideação e tentativa de suicídio estão relacionados à transtornos como depressão, bipolaridade, esquizofrenia, abuso de álcool e outras drogas, entre outros. Assim, o diagnóstico e tratamento adequado podem

ajudar a identificar e prevenir situações relacionadas ao suicídio, impactando nas altas taxas de mortalidade no Brasil (CFM/ABP, 2014).

A 24ª pergunta questiona se o participante reconhece e avalia com frequência pacientes com risco de suicídio. Esta pergunta está relacionada diretamente às demandas do ambiente de trabalho, e não apresentou diferença significativa entre os resultados, sendo o valor de p (<0.4595). As respostas indicam que tanto os resultados pré, quanto pós curso, os participantes acreditam que reconhecem e avaliam com frequência pacientes com quadros suicidas. Houve, no entanto, um aumento nas porcentagens dos itens 4 e 5 nos resultados pós curso. Além disso, houve redução considerável no item 3 (“nem concordo, nem discordo”), de 22,6% para 7,5%.

O aumento de porcentagem nos itens 4 e 5 pode indicar ampliação da capacidade de reconhecimento e avaliação de situações com pacientes suicidas. A competência dos profissionais de saúde, em qualquer nível de atenção, em reconhecer os fatores de risco em torno do comportamento suicida possibilitam a prevenção das tentativas de suicídio e adequação do tratamento e acompanhamento do usuário (WHO, 2014).

A 25ª pergunta questiona se o participante tem capacitação para lidar com o manejo de pacientes com risco de suicídio, e apresentou diferença significativa entre os resultados, considerando o valor de p (<0.0461). Inicialmente, as respostas em N1 apontam que a maior concentração se deu na opção “concordo parcialmente”, com 32,1%, seguida da opção “nem concordo, nem discordo”, com 28,3%, e “discordo parcialmente”, com 13,2%. Apesar da maioria optar pela opção 4, uma grande parte dos participantes escolheu uma opção que representa indiferença ou incerteza em relação a sua própria capacitação. Esse cenário se modificou em N2, onde os participantes optaram principalmente pelas opções “concordo parcialmente”, com 54,7% - um aumento significativo em relação ao resultado de N1; e “concordo totalmente”, com 15,1%.

É importante reforçar que o comportamento suicida divide-se em: a) pensamento de morte, que são pensamentos persistentes sobre a morte e o desejo de morrer, mas sem planejamento; b) ideação suicida, quando ocorre um pensamento mais elaborado acerca da morte e desejo de provocar a própria morte; c) intenção suicida, definida como a organização do ato de suicídio, que pode incluir desde a criação de esquemas até a compra de itens para efetivar o ato; d) tentativa de suicídio, que é quando o indivíduo age contra si mesmo de forma não fatal, mas com intenção de morrer; e, e) suicídio, que é quando a tentativa é

concluída com sucesso, resultando na morte do indivíduo (CFM/ABP, 2014; QUEVEDO; CARVALHO, 2014). Para identificar pessoas em risco e prevenir o ato suicida, é necessário abordar adequadamente este assunto, reduzindo o preconceito e estigmas e utilizando estratégias de abordagem.

As duas perguntas seguintes estão relacionadas ao quadro clínico do delirium, que é definido como uma condição grave de falência transitória do funcionamento cerebral de origem orgânica. É caracterizada “por um distúrbio da consciência e rebaixamento cognitivo global, de início abrupto e curso flutuante, acompanhada por alterações do ciclo sono-vigília” (FORLENZA; MIGUEL, 2012, p. 137). Pode ser denominado também estado de confusão mental, síndrome cerebral aguda, psicose tóxica ou insuficiência cerebral aguda. O diagnóstico e tratamento correto diminuem o risco de morte (BALDAÇARA; CORDEIRO, 2007).

A 26ª pergunta questiona se o profissional reconhece e avalia com frequência pacientes em estado de confusão mental. O valor de p (<0.9478) demonstra que a diferença comparativa entre os resultados não é significativa. A maior porcentagem no pré e pós curso concentrou-se na alternativa “concordo parcialmente”, indicando que a maioria dos profissionais se julgam capazes de reconhecer e avaliar casos relacionados ao estado de confusão mental. A condição médica do delirium é comumente subdiagnosticada, por falta de reconhecimento dos sintomas e/ou tratamento apenas da condição psiquiátrica, sendo que, neste caso, o tratamento deveria focar-se na causa orgânica (BALDAÇARA; CORDEIRO, 2007).

A 27ª pergunta questiona se o profissional tem capacitação para lidar com o manejo de pacientes em estado de confusão mental. Os resultados apontam que houve diferença significativa entre as respostas ($p<0.0122$). A partir da Tabela 11 é possível verificar que a maioria das respostas pré curso dividiu-se entre as opções “concordo parcialmente”, com 28,3%; “não concordo, nem discordo”, com 26,4%; e “discordo parcialmente”, com 20,8%. Nas porcentagens pós curso, a maioria escolheu a opção “concordo totalmente”, 47,2%, seguida da opção “não concordo, nem discordo”, com 24,5%.

Os resultados indicam que a maioria dos participantes acredita ter ao menos a capacitação básica necessária para o manejo de pacientes em estado de confusão mental, com abertura para a melhoria de suas habilidades. Essa percepção foi ampliada nos resultados pós curso. Assim, podemos inferir que os profissionais compreendem que podem

expandir sua capacidade de atuação profissional, por meio de reflexões, cursos e práticas. É importante ressaltar também as porcentagens expressivas no item 3 (“não concordo, nem discordo”), que sugerem indiferença com relação a própria capacitação e atuação profissional relacionada a essa temática.

Com relação ao quadro clínico do delirium, é importante ressaltar ainda que os profissionais devem realizar uma investigação completa, envolvendo exames físicos e laboratoriais para estabelecer uma relação entre o início dos sintomas e o desenvolvimento do quadro orgânico (QUEVEDO; CARVALHO, 2014).

4.4.7 Capítulo 7: Intoxicação e efeitos adversos graves de psicofármacos

Este capítulo versou a respeito da intoxicação e efeitos adversos de psicofármacos; sobre conceitos de dependência, abuso, tolerância, síndrome de abstinência e fissura; e sobre as emergências relacionadas ao abuso de álcool e outras drogas. As questões referentes a este capítulo são enumeradas de 28 a 31, e os resultados são apresentados na Tabela 12.

Tabela 12: Impacto em profundidade - capítulo 7

Nº	Capítulo 7: Intoxicação e efeitos adversos graves de psicofármacos	Resposta pré curso (%)						Resposta pós curso (%)					
		0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
28	Sempre que possível evito sugerir ou prescrever medicação para pacientes em situação de sofrimento mental leve, direciono tal sugestão e/ou prescrição aos quadros graves.	34,0	11,3	5,7	17,0	17,0	15,1	41,5	3,8	7,5	11,3	18,9	17,0
29	Sempre informo aos pacientes os efeitos adversos de medicações antidepressivas, antipsicóticas, estabilizadoras do humor e benzodiazepínicas	15,1	5,7	11,3	9,4	28,3	30,2	18,9	3,8	3,8	13,2	28,3	32,1
30	Reconheço e avalio com frequência pacientes em situação de intoxicação por abuso de álcool e/ou drogas	15,1	5,7	13,2	15,1	43,4	7,5	13,2	7,5	5,7	15,1	37,7	20,8
31	Tenho capacitação para lidar com o manejo de pacientes em estado de intoxicação por abuso de álcool e/ou drogas	20,8	13,2	17,0	13,2	30,2	5,7	13,2	11,3	7,5	28,3	30,2	9,4

Fonte: dados da pesquisa, 2020.

O uso de medicações em excesso é atualmente muito comum. Mesmo para tratamentos mais simples essa tem sido quase sempre a primeira opção que o usuário busca. Também para passar pelas transformações e etapas da vida, tais como nascimento, morte, envelhecimento, as pessoas tem optado cada vez mais pela utilização de remédios. Assim, a medicalização da vida é um fenômeno de apropriação da medicina na vida cotidiana, que acaba por interferir nos comportamentos sociais e na construção das relações humanas (CAPONI et al, 2010).

Claramente a medicina avançou muito no estudo das doenças, impactando na expectativa e qualidade de vida. No entanto é comum o uso indiscriminado e em larga escala de medicamentos, muitas vezes desnecessários, ou que poderiam ser substituídos por outras formas de tratamento. Os psicofármacos produzem efeitos colaterais, interações medicamentosas indesejadas e outras alterações que podem necessitar de tratamento de emergência. A intoxicação e os efeitos adversos graves induzidos pelos psicofármacos necessitam de intervenção rápida com o objetivo de minimizar possíveis danos ao paciente (QUEVEDO; CARVALHO, 2014).

A partir dessa premissa, a 28ª pergunta questiona se o profissional, sempre que possível, evita sugerir ou prescrever medicação para pacientes em situação de sofrimento mental leve, direcionando tal sugestão e/ou prescrição aos quadros graves. O valor de p (<0.8690) indica que não houve diferença significativa entre as respostas. Conforme demonstrado na Tabela 12, a maior porcentagem de respostas se concentrou na opção “não se aplica”, totalizando 34,0% pré curso e 41,5% pós curso. Prescrever significa definir um medicamento, visando resolver a demanda do paciente, com dosagem e duração de tratamento definido.

É importante ressaltar que o médico é profissional responsável pela prescrição de medicamentos. No entanto, a assistência hospitalar é multidisciplinar, baseada em diversos conhecimentos. Os profissionais que atuam nos serviços de saúde precisam compreender as interações medicamentosas, e a necessidade do uso ou não de determinada medicação. O plano terapêutico, ou seja, o atendimento, tratamento e acompanhamento de um paciente, deve ser elaborado por profissionais habilitados, que atuam em diferentes áreas da saúde. Assim, a utilização racional de medicamentos é responsabilidade de todos (NÉRI; VIANA; CAMPOS, 2008).

Os psicofármacos são as medicações utilizadas para tratamentos de transtornos mentais, tais como antidepressivos, antipsicóticos, estabilizadores de humor, benzodiazepínicos, entre outros. Em geral, essas medicações geram uma série de efeitos colaterais relevantes, que interferem no sono, alimentação, sexualidade, etc. Além disso, uma variedade de fatores pode interferir nos efeitos de um psicofármaco, tais como características individuais, estados patológicos e padrões de uso (FORLENZA; MIGUEL, 2012).

Assim, compreendendo o impacto do uso da medicação na vida do usuário, a 29ª pergunta averigua se o profissional informa aos pacientes os efeitos adversos do uso de psicofármacos. Baseado no valor de p (<0.9591), essa questão não apresentou diferença significativa entre os resultados. A esse respeito, pode-se afirmar que a maioria dos participantes concordam totalmente ou parcialmente com a assertiva, indicando que informam aos pacientes a respeito dos efeitos adversos da medicação.

O cuidado sobre a utilização e o abuso de medicação deve ser responsabilidade de todos os profissionais que atuam nos serviços de saúde, com vistas a ampliar o processo de cuidado em saúde, promover qualidade de vida e prevenir doenças e agravos. Assim, profissionais de saúde e a população devem ficar alertas e exercer criticidade em relação ao uso de medicamentos, não sendo esta avaliação responsabilidade restrita apenas ao médico.

Neste capítulo também foram trabalhadas questões sobre as emergências relacionadas ao uso de álcool e outras drogas. Além dos conceitos básicos e da utilização de escalas de triagem, o curso focou as discussões no abuso de álcool, cocaína, crack e maconha.

A dependência química é considerada uma doença, e tornou-se um problema de saúde pública. Os profissionais devem estar aptos a investigar o uso e abuso de drogas, e intervir sempre que necessário, de maneira ética e consciente (DHIEL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2018). A 30ª pergunta do questionário explora se o profissional reconhece e avalia com frequência pacientes em situação de intoxicação por abuso de álcool e/ou drogas. O valor de p (< 0.1546) aponta que não houve diferença significativa entre as respostas do grupo antes e depois da realização do curso. As respostas concentraram-se principalmente na opção “concordo parcialmente”, e houve um aumento considerável nos itens 4 e 5 nas respostas pós curso.

A 31ª pergunta diz respeito à capacitação do profissional para lidar com o manejo de pacientes em estado de intoxicação por abuso de álcool e/ou drogas. O valor de p (<0.0797) indica que não houve diferença significativa no comparativo entre as respostas. A opção com maior porcentagem de respostas foi o item “concordo parcialmente”, com 30,2% no pré e pós curso. Observando a Tabela 12 é possível perceber que as respostas estão bem distribuídas, inferindo que as opiniões a respeito do manejo de pacientes em situações relacionadas ao álcool e drogas estão divididas.

É um grande desafio para os profissionais da atenção básica saberem lidar com os problemas decorrentes do uso abusivo e da dependência destas substâncias. É importante ressaltar que o curso ofertado disponibilizou o passo a passo para avaliação em casos de abuso de álcool e drogas, definição de conceitos básicos, escalas de triagem e as condutas indicadas para o manejo dessas situações. Todo profissional de saúde deve investigar o uso de drogas psicoativas nos indivíduos que buscam assistência e orientar a população quanto aos conceitos de abuso e dependência de drogas. Além disso, existem serviços especializados na rede de saúde para os quais os pacientes podem ser encaminhados para receberem o tratamento e acompanhamento necessário e adequado.

4.4.8 Capítulo 8: Transtornos psicóticos e de humor

O oitavo capítulo do curso apresentou questões referentes aos transtornos psicóticos e transtornos de humor. Foram discutidos os diagnósticos e tratamentos da esquizofrenia, depressão e bipolaridade. As questões que avaliam o impacto em profundidades referentes a este capítulo são enumeradas de 32 a 36. Os resultados são apresentados na Tabela 13.

Tabela 13: Impacto em profundidade - capítulo 8

Nº	Capítulo 8: Transtornos psicóticos e de humor	Resposta pré curso (%)						Resposta pós curso (%)					
		0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
32	Reconheço e avalio com frequência pacientes com quadros esquizofrênicos	11,3	11,3	15,1	24,5	26,4	11,3	13,2	5,7	11,3	13,2	39,6	17,0
33	No local onde trabalho, os casos de pacientes com esquizofrenia são discutidos com a equipe e recebem, além do encaminhamento para serviços especializados,	15,1	15,1	18,9	9,4	22,6	18,9	11,3	5,7	18,9	3,8	39,6	20,8

	acompanhamento na Unidade de saúde												
34	Tenho capacitação para lidar com o manejo de pacientes esquizofrênicos em situação de crise	13,2	28,3	18,9	17,0	18,9	3,8	15,1	11,3	13,2	11,3	37,7	11,3
35	Reconheço e avalio com frequência pacientes com quadros de mania, hipomania ou depressão	5,7	11,3	11,3	18,9	39,6	13,2	7,5	11,3	7,5	9,4	45,3	18,9
36	Em caso de pacientes com mania, hipomania ou depressão realizo/sugiro a cada consulta a reavaliação da dose e do uso da medicação, da necessidade de internação ou encaminhamento ao psiquiatra	17,0	15,1	11,3	13,2	20,8	22,6	17,0	5,7	1,9	15,1	34,0	26,4

Fonte: dados da pesquisa, 2020.

A esquizofrenia é um dos transtornos psicóticos mais conhecidos, e mais comumente frequentes nas unidades de saúde. Pode estar associado a doenças clínicas, intoxicações ou outros transtornos. O diagnóstico e tratamento adequado devem ser realizados por profissionais especializados. Na atenção básica os profissionais devem entender como abordar o paciente e possibilitar o acompanhamento no território, além do acompanhamento especializado, pensando na integralidade do cuidado (FORLENZA; MIGUEL, 2012).

Concernente a este assunto, a 32ª pergunta refere-se à frequência com que os profissionais reconhecem e avaliam pacientes com quadros esquizofrênicos. O valor de p (<0.2651) indica que não houve diferença significativa no comparativo entre as respostas. No entanto houve aumento considerável da porcentagem pós curso nos itens 4 e 5 do questionário.

Evidencia-se que o tratamento da esquizofrenia deve acontecer em formato interdisciplinar, e incluir, além da abordagem medicamentosa, intervenções psicossociais e medidas para melhorar a adesão ao tratamento e para evitar hospitalizações frequentes. Na perspectiva do trabalho interdisciplinar, a 33ª pergunta avalia se no local de trabalho do profissional, os casos de pacientes com esquizofrenia são discutidos com a equipe e recebem, além do encaminhamento para serviços especializados, o acompanhamento na Unidade de saúde. O valor de p (<0.1414) indica que não houve diferença significativa no comparativo entre respostas.

Os resultados indicam que no pré e pós curso a maioria dos participantes concordaram parcialmente com a assertiva, no entanto houve um aumento considerável nesta opção ao comparar os dois resultados, passando de 22,6% para 39,6%. Este aumento, mesmo não sendo considerado significativo, pode indicar uma mudança de postura por parte dos profissionais no que se refere ao trabalho em equipe.

Há ainda uma porcentagem considerável que discorda parcialmente da assertiva, totalizando 18,9%, resultado que se mantém no pré e pós curso, sugerindo que nos locais de trabalho de alguns participantes, a dinâmica de trabalho em equipe para o tratamento e acompanhamento de casos de esquizofrenia não acontecem, ou acontecem de forma fragmentada/fragilizada.

A 34ª pergunta é ainda a respeito do manejo de pacientes esquizofrênicos em situação de crise, e avalia se os profissionais consideram que possuem capacitação para lidar com essa situação. O valor de p (<0.0102) aponta que houve diferença significativa entre as respostas.

Ao avaliarmos as porcentagens pré curso é possível verificar que a maioria dos participantes escolheu a opção “discordo totalmente”, com 28,3%, seguido das opções “discordo parcialmente”, e “concordo parcialmente”, com 18,9% em cada uma das alternativas. As porcentagens indicam que há grande divergência entre as respostas dos participantes, sendo que, alguns consideram não possuir nenhuma capacitação, e outros, que possuem as competências básicas para o manejo de pacientes com esquizofrenia.

Já nos resultados pós curso, a maioria das respostas se concentra na opção “concordo parcialmente”, com 37,7%, apresentando aumento expressivo quando comparado com o resultado anterior. Os outros resultados apontam para uma alta discordância de opiniões sobre o aspecto avaliado, já que mantém uma porcentagem equilibrada entre os demais itens.

As últimas duas perguntas deste capítulo estão relacionadas aos transtornos de humor, que são divididos em diversas categorias. Por uma questão de prevalência, focou-se no estudo dos transtornos depressivo e bipolar. Na atenção básica em saúde os transtornos depressivos costumam vir associados a ansiedade e queixas somáticas. Nesses casos, deve-se priorizar o tratamento dos sintomas depressivos, e, conseqüentemente, os sintomas ansiosos tendem a diminuir também (SMS, 2010).

A 35ª pergunta questiona se o profissional reconhece e avalia com frequência pacientes com quadros de mania, hipomania ou depressão. Os resultados de p (<0.6105)

demonstram que não houve diferença significativa entre as respostas. A maioria dos resultados pré e pós curso enquadram-se na opção “concordo parcialmente”, apresentando aumento de 39,6% para 45,3%.

A 36ª pergunta refere-se a realização (ou sugestão) de reavaliação da dose e do uso da medicação, da necessidade de internação ou encaminhamento ao psiquiatra em caso de pacientes com transtorno de humor. O valor de p (<1.440) indica que não houve diferença significativa entre as respostas. Os itens com maior porcentagem foram as opções concordo parcialmente ou totalmente nos resultados pré e pós curso, indicando que não houve mudança na percepção e na atuação dos profissionais no quesito avaliado.

É importante ressaltar que durante a avaliação do quadro clínico dos transtornos de humor, o profissional deve compreender o histórico do paciente, e avaliar se a sintomatologia se enquadra no possível diagnóstico. Uma situação estressante ou triste, por exemplo, pode ocasionar uma sensação de tristeza prolongada, não necessariamente se configurando como um transtorno depressivo. Os sintomas que significativamente impactam no diagnóstico devem indicar mudanças no funcionamento prévio do indivíduo, perda de interesse ou prazer, prejuízos na vida social ou laborativa e/ou alterações neurovegetativas (sono ou apetite) por um período prolongado (SMS, 2010; FORLENZA; MIGUEL, 2012).

4.4.9 Capítulo 9: Transtornos dissociativos e transtornos ansiosos

O último capítulo da parte teórica do curso discutiu a respeito dos transtornos ansiosos e dissociativos. As questões deste capítulo são enumeradas de 37 a 40. Os resultados são apresentados na Tabela 14.

Tabela 14: Impacto em profundidade - capítulo 9

Nº	Capítulo 9: Transtornos dissociativos e transtornos ansiosos	Resposta pré curso (%)						Resposta pós curso (%)					
		0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
37	Reconheço e avalio com frequência pacientes com transtorno dissociativo	13,2	17,0	24,5	26,4	17,0	1,9	17,0	7,5	9,4	15,1	39,6	11,3
38	Em caso de pacientes com transtorno dissociativo avalio critérios para ajuste da dose da medicação, para encaminhamento	24,5	20,8	15,1	20,8	17,0	1,9	22,6	9,4	9,4	18,9	26,4	13,2

	ao psiquiatra e para necessidade de internação													
39	Reconheço e avalio com frequência pacientes com transtornos ansiosos, conseguindo identificar os principais transtornos: de ansiedade generalizada, de pânico e ataques de pânico, fobias e transtorno de estresse pós-traumático	7,5	9,4	11,3	5,7	45,3	20,8	11,3	3,8	-	15,1	39,6	30,2	
40	Em caso e pacientes com transtornos ansiosos avalio critérios para ajuste da dose da medicação, para encaminhamento ao psiquiatra e para necessidade de internação	24,5	13,2	11,3	3,8	28,3	18,9	15,1	3,8	7,5	9,4	41,5	22,6	

Fonte: dados da pesquisa, 2020.

Os transtornos dissociativos e somatoformes representam o que antigamente era denominado “histeria”. Esses transtornos possuem definição controversa e são complexos de avaliar. Isso porque são facilmente confundidos com outros transtornos e possuem sintomas variados que podem se assemelhar aos que ocorrem em doenças físicas (APA, 2014; MARALDI, 2014).

O transtorno dissociativo, antes definido como transtornos de múltiplas personalidades, é caracterizado como “perturbação e/ou descontinuação da integração normal da consciência, memória, identidade, emoção, percepção, representação corporal, controle motor e comportamento” (APA, 2014, p. 291). A manifestação dos sintomas varia conforme a motivação, nível de stress, cultura, conflitos internos, dinâmicos e resiliência emocional. A modificação do termo no Manual de Diagnósticos DSM-5 visou abranger os múltiplos sintomas característicos desse transtorno, além da identificação de personalidades distintas (APA, 2014; MARALDI, 2014).

O transtorno somatoforme, apesar de não constar na proposta de conteúdo inicial, foi incluído nesse capítulo, por compreender a importância de estudar casos em que existe uma predominância de sintomas somáticos sem uma etiologia identificável que os justifique. O termo transtorno somatoforme foi considerado confuso, e na última versão do DSM-5 foi substituído por “transtorno de sintomas somáticos e transtornos relacionados”. O diagnóstico é baseado “em sinais e sintomas positivos (sintomas somáticos perturbadores associados a

pensamentos, sentimentos e comportamentos anormais em resposta a esses sintomas) em vez da ausência de uma explicação médica para sintomas somáticos” (APA, 2014, p. 309).

A modificação do termo visou reduzir a ênfase no papel central de sintomas inexplicados, compreendendo que transtornos de sintomas somáticos também podem acompanhar doenças médicas diagnosticadas. Fatores como genética, biologia, experiências traumáticas precoces, processo de aprendizagem e questões culturais e sociais podem interferir no desenvolvimento do transtorno de sintomas somáticos (APA, 2014).

A 37ª pergunta questiona se o participante reconhece e avalia com frequência pacientes com transtorno dissociativo. O valor de p (<0.0232) indica que houve diferença significativa entre as respostas.

As respostas pré curso concentram-se nas opções “não concordo, nem discordo”, com 26,4%, e “discordo parcialmente”, com 24,5%. No pós curso, a maioria das respostas encontra-se na opção “concordo parcialmente”, com 39,6%, e “não se aplica”, com 17%

A partir dos resultados pré curso é possível supor que a maioria dos participantes demonstrava indiferença com relação à capacidade de reconhecer e avaliar pacientes com transtornos dissociativos, e uma grande parte indicou discordar parcialmente da assertiva, indicando que esses profissionais não recebem pacientes com esse quadro, ou não possuem capacidade técnica para o reconhecimento e avaliação de pacientes com transtorno dissociativo.

Após o final do curso, os resultados apontam que a maioria dos participantes concordam parcialmente com a assertiva, indicando que possuem alguma competência nesse quesito, mas são passíveis de melhorias em sua atuação profissional. Ainda que o transtorno dissociativo seja uma demanda nos serviços básicos de saúde, há uma compreensão de alguns profissionais de que reconhecer e avaliar esses casos não faz parte de sua atuação. Em contrapartida, houve um grande aumento do número de participantes que optou pelo item 4 (“concordo parcialmente”), indicando uma mudança que se refere ou ao aumento de demandas, ou à ampliação das competências para reconhecimento e avaliação de pacientes com transtornos dissociativos.

A 38ª pergunta é a respeito da avaliação de critérios para ajuste da dose da medicação, para encaminhamento ao psiquiatra e para necessidade de internação em caso de pacientes com transtorno dissociativo. O valor de p (<0.0331) indica que houve diferença significativa entre as respostas.

No pré curso, as respostas concentraram-se na opção “não se aplica”, totalizando 24,5%. No pós curso, apesar de manter alta porcentagem de respostas nesse mesmo item, a maioria escolheu a opção “concordo parcialmente”, totalizando 26,4%. Houve ainda um aumento considerável no item “concordo totalmente”, passando de 1,9% para 13,2%.

Os resultados antes do início do curso indicam que os profissionais compreendem que avaliar a medicação e outros fatores em casos de transtorno dissociativo não se enquadra em sua atuação. Já após o final do curso, com o aumento de porcentagem nos itens 4 e 5, é possível verificar uma tendência à reavaliação da atuação profissional, incluindo os diversos transtornos mentais no rol de demandas que devem ser atendidas nos serviços de saúde. Ainda assim, uma grande parte mantém assinalada a opção “não se aplica”, indicando que compreendem que ou não devem realizar a reavaliação nos atendimentos, ou o atendimento de pacientes com transtorno dissociativo não faz parte de sua competência profissional.

Outro assunto discutido neste capítulo foi o transtorno de ansiedade, que inclui “transtornos que compartilham características de medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais relacionados. Medo é a resposta emocional a ameaça iminente real ou percebida, enquanto ansiedade é a antecipação de ameaça futura.” (APA, 2014, p. 189).

O medo é um sinal de alerta, relacionado a uma situação ou ameaça real, enquanto a ansiedade é uma resposta a uma ameaça desconhecida ou conflituosa. Assim, os transtornos de ansiedade são uma resposta emocional exagerada e incontrolável, com sensações de desconforto, palpitações, dores, inquietação, entre outras. Causa sofrimento e prejuízos no cotidiano. Os transtornos de ansiedade incluem transtorno de pânico, agorafobia, fobia específica, transtorno de ansiedade social e transtorno de ansiedade generalizada.

Os transtornos ansiosos são cada vez mais frequentes na população geral e diagnosticar os pacientes que sofrem de tais transtornos é fundamental para um tratamento adequado. Estes indivíduos geralmente são os maiores frequentadores das unidades de saúde, seja por queixas de ansiedade no dia-a-dia ou por situações de ataques de pânico que fazem com que os mesmos procurem também os serviços de urgência e emergência (CASTILO et al, 2000).

A 39ª pergunta averigua se o profissional reconhece e avalia com frequência pacientes com transtornos ansiosos, conseguindo identificar os principais transtornos (de ansiedade generalizada, de pânico e ataques de pânico, fobias e transtorno de estresse pós-

traumático). O valor de p (<0.3391) indica que não houve diferença significativa no comparativo entre as respostas pré e pós curso.

A grande maioria dos participantes selecionou as opções concordo totalmente ou parcialmente, indicando que os profissionais avaliam que possuem competência para reconhecer e avaliar pacientes com transtornos ansiosos.

A 40ª pergunta do questionário refere-se à avaliação de critérios para ajuste da dose da medicação, para encaminhamento ao psiquiatra e para necessidade de internação em casos de pacientes com transtornos ansiosos. O valor de p (**<0.0154**) indica que houve diferença significativa entre as respostas. No pré curso a maioria das respostas concentrou-se nas opções “concordo parcialmente”, com 28,3%, e “não se aplica”, com 24,5%. No pós curso houve um aumento expressivo da opção “concordo parcialmente”, alcançando 41,5%, seguido da opção “concordo totalmente”, com 22,6%. A mudança nas respostas indica impacto no que se refere ou ao aumento de demandas, ou à ampliação das competências no tratamento e acompanhamento de pacientes com transtornos ansiosos.

Ainda a esse respeito, vale ressaltar que os transtornos de ansiedade têm alta prevalência na atenção básica. No entanto, muitas vezes não são diagnosticados de forma adequada gerando com isto um retardo no início do tratamento e conseqüentemente sofrimento ao paciente. As idas frequentes aos serviços de emergência, que poderiam ser manejados ambulatorialmente, geram impacto nos serviços além de aumento nos gastos públicos de forma desnecessária (APA, 2014; MARALDI, 2014).

4.4.10 Expectativas e percepções sobre o curso

Após o término do curso os participantes foram arguidos sobre a possibilidade de responder aos questionários pós curso descritos acima. Ao final do questionário de avaliação do impacto em profundidade, foi incluída uma pergunta aberta a respeito das expectativas e percepções em relação ao curso. No questionário pré curso foram consideradas as expectativas dos participantes, e as respostas foram relacionadas principalmente à aquisição de conhecimento, prática profissional, relação com o usuário e na melhoria do ambiente de trabalho.

Houveram também respostas relacionadas à possibilidade de melhoria da atuação profissional, além da troca de experiências entre diferentes áreas, incentivando a prática

interdisciplinar aliada ao conhecimento teórico. Alguns participantes focaram sua expectativa com o curso na melhoria do acolhimento e da qualidade de vida de pacientes com demandas de saúde mental. Outros ainda destacaram a importância da capacitação para o fortalecimento do SUS, e o esclarecimento e integração sobre a rede de saúde mental e os serviços que a compõe, assim como manejo e encaminhamento de casos.

As respostas do questionário após o final do curso demonstram as percepções do profissional ao finalizar o curso, e abriram espaço para sugestões, críticas e elogios.

Com relação à parte teórica, os participantes elogiaram a estruturação do curso em pequenos subcapítulos, com conteúdo bem elaborado, claro e informativo, voltado para a discussão da realidade vivenciada nos serviços de saúde. Elogiaram a utilização de vídeos que simulam situações reais de atendimento, que ajudaram na assimilação de conceitos, reflexão e avaliação de diversos quadros clínicos.

Com relação à parte prática, enfatizaram a relevância da proposta para o incentivo à mudança das práticas profissionais no contexto de trabalho. Alguns participantes citaram que a execução do projeto de intervenção possibilitou a ampliação de atividades nos serviços de saúde e influenciou no trabalho em equipe.

Os participantes mencionaram melhorias na qualidade do manejo de pacientes com transtornos mentais, ampliação sobre as possibilidades de ferramentas utilizadas no tratamento de casos, melhoria da prática profissional e da atuação em conjunto com a equipe de trabalho, e aumento da confiança para a realização de atendimento aos pacientes. Relataram que o curso incentivou também a criação de atividades voltadas para a saúde mental, tais como grupos, oficinas, sensibilização da equipe e parceria com outros serviços especializados.

A equipe de apoio foi elogiada pela disponibilidade e facilidade de contato, além de oferecer o suporte necessário para esclarecimento de dúvidas, direcionamento dentro das plataformas e resolutividade de problemas.

Houveram reclamações a respeito do desenvolvimento e execução do projeto de intervenção, em decorrência das agendas das unidades básicas, que possui diversas programações no decorrer do ano e “engessam” o trabalho do profissional. Reclamações sobre o acesso às avaliações, que eram difíceis de serem encontradas dentro da plataforma; e houveram relatos sobre confusão e dúvidas a respeito da mudança da plataforma.

Além disso, vários participantes citaram que uma parte do curso foi voltada principalmente para a área médica, e deveria abranger a relação de outras profissões com a saúde mental. Isso porque, apesar de não prescrever medicação, também cuidam de pacientes com transtornos mentais.

Como sugestões, foram citadas a possibilidade de inclusão de mais casos clínicos para discussão, mais vídeos de simulação voltados à prática profissional e maior acompanhamento e supervisão na execução do projeto. A demanda por mais casos clínicos nos leva a refletir acerca da carência dos profissionais no quesito instrumental da saúde mental.

4.5 Escrita e aplicação do projeto de intervenção

Após a finalização da parte teórica do curso, os participantes procederam com a escrita de um projeto de intervenção em Saúde Mental para ser executado no município, que foi submetido na plataforma Telessaúde do Tocantins e avaliada pelos moderadores. A parte prática do curso deu-se com a execução do projeto de intervenção, por um período de 3 meses, sob a supervisão de psicólogos teleconsultores do Núcleo Telessaúde do Estado do Tocantins. O acompanhamento das atividades se deu também por webconferência. Ao final do período de intervenção, os participantes enviaram um relatório final com a descrição das atividades realizadas durante esse período.

O conteúdo programático foi disponibilizado na página de inscrição do curso, e já constava a divisão do curso em duas partes, teórica e prática. Esse formato de curso gerou expectativas dos inscritos a respeito da aplicabilidade do conteúdo no ambiente de trabalho, que poderia subsidiar a criação de grupos e incentivar outras mudanças relacionadas à saúde mental no contexto de trabalho dos participantes. Muitos participantes se inscreveram em busca de conhecimento. Referiram-se à possibilidade de adquirir novos aprendizados ou aprofundar e atualizar o conhecimento a respeito da saúde mental, de modo a estar capacitado para diagnóstico e tratamento de transtornos mentais.

A respeito da escrita e aplicação do projeto, foi possível perceber três situações:

1. O projeto de intervenção a partir de uma atividade já existente: algumas intervenções foram propostas a partir de um trabalho que já era realizado na unidade. Assim, o projeto

tornou-se um recorte de um grupo ou oficina que já acontecia antes do início do curso, sem modificações, não efetivando a proposta de aplicabilidade dos conhecimentos adquiridos.

2. O projeto de intervenção incrementou uma atividade já existente: alguns participantes criaram uma intervenção a partir de um grupos preexistentes. Assim, realizaram alterações neste grupo a partir do conhecimento adquirido durante o curso, possibilitando melhorias em atividades que já existiam dentro da unidade.

3. O projeto de intervenção proporcionou a criação de uma atividade nova: refere-se a projetos que foram escritos do zero, a partir de uma demanda emergente da unidade, que foi percebida pelos participantes do curso, mas que até o momento se encontrava sem resolução. Nesse caso, os participantes criaram grupos ou oficinas voltadas para uma demanda específica relacionada à saúde mental, como por exemplo, grupos para adolescentes com risco de suicídio (em parceria com a escola), grupos de saúde mental para profissionais, grupos para mulheres na fase do climatério, entre outros.

O objetivo de propor um projeto de intervenção no curso *online* em saúde mental era implementar um novo espaço de atividades relacionadas à essa temática. Assim, a proposta não foi alcançada com total sucesso, visto que, em alguns casos os participantes não alteraram em nada a rotina da unidade de saúde. Assim, podemos considerar que os participantes que fizeram apenas um recorte de uma atividade já existente não conseguiram efetivar a proposta de intervenção.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste estudo foi implantar e avaliar um programa de capacitação em saúde mental. Com relação à proposta do trabalho, podemos afirmar que as ações de estruturação e desenvolvimento do curso, bem como acompanhamento do projeto de intervenção e finalmente a avaliação de impacto foram realizadas com êxito.

O problema inicial buscava avaliar se o curso causaria impacto acerca das demandas em saúde mental no conhecimento, atuação e contexto de trabalho dos profissionais participantes. Para responder a esse questionamento foram utilizados três diferentes questionários: a) questionário de avaliação geral; b) avaliação do impacto em amplitude; e, c) avaliação do impacto em profundidade.

A avaliação geral do curso possibilitou a compreensão de questões referentes ao acesso à plataforma, ao conteúdo e ao suporte. Os resultados demonstraram que os participantes tiveram dificuldade moderada nas mudanças entre plataformas, que os materiais e conteúdos foram elucidativos e bem elaborados e os recursos tecnológicos utilizados de forma apropriada. Apontam também que a maioria dos participantes fez o download da apostila, e utiliza o material para consulta. Além disso, a maioria considerou a carga horária e tempo de curso adequados. Com relação ao suporte, os participantes avaliaram que receberam o apoio necessário durante todo o período do curso. As questões abertas desse questionaram indagaram sobre as vantagens de um curso *online* teórico e prático, e trouxe percepções dos participantes a respeito da melhoria na aquisição de conhecimento em diversos aspectos.

A avaliação do impacto em amplitude buscou avaliar os efeitos da capacitação nos níveis individual e coletivo. Os resultados indicam que houve impacto, pois, as porcentagens das respostas concentram-se nos itens mais altos da escala. Assim, é possível afirmar que houve transferência de conhecimento para as situações vivenciadas no ambiente de trabalho.

A avaliação do impacto em profundidade é vinculada aos objetivos do curso, e avaliou o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes dos participantes. Os resultados indicaram impacto em 15 das 40 questões avaliadas neste questionário, nos aspectos referentes a atuação e desenvolvimento profissional (questões 2, 5, 6, 38 e 40), ao conhecimento prático (questões 18, 21, 37), conhecimento técnico (questões 19, 22, 25, 27, e 34), e trabalho em equipe, relacionamento interpessoal e comunicação (questões 13 e 20). É importante ressaltar que algumas perguntas estavam relacionadas às demandas dos profissionais e questões estruturais e de pessoal. Apesar do conhecimento de que o curso não poderia impactar diretamente nesses quesitos, entendeu-se que havia relevância em compreender o contexto de trabalho do profissional.

Ao comparar os resultados das medidas em amplitude e profundidade, identifica-se a correlação positiva entre diversos aspectos, reforçando a validade das medidas apresentadas. Os conhecimentos, habilidades e atitudes aprendidos por meio do curso não necessariamente ocasionarão mudanças globais de desempenho (profundidade), por isso, faz-se necessário avaliar as duas medidas a fim de mensurar o impacto nos dois níveis - amplitude e profundidade.

No que diz respeito à convergência das respostas, verifica-se uma expressiva concordância nos dois questionários, baseado nos valores do desvio padrão, sendo que nos resultados da avaliação em amplitude há menor dispersão (variação 0,74 - 1,20), principalmente no que concerne à aplicabilidade dos conhecimentos no ambiente de trabalho (questões 1 e 2) e melhoria da confiança para execução do trabalho (questão 9). Os resultados do impacto em profundidade tiveram maior variação (0,68 - 1,94) sendo os pontos de convergência mais visíveis nos itens referentes à importância do acolhimento (questão 1) e à utilização de grupos e oficinas como estratégias de cuidado (questão 14).

A partir dos resultados apresentados é possível afirmar que o curso de capacitação em saúde mental impactou positivamente na aquisição de conhecimentos e na atuação dos profissionais, possibilitando melhorias da qualidade do atendimento das demandas em saúde mental.

Apesar dos aspectos positivos elencados, existem ainda muitas fragilidades referentes à estrutura dos serviços de saúde, defasagem de pessoal e vulnerabilidades na qualificação profissional. A avaliação a partir dos instrumentos utilizados possibilitou ainda o levantamento de algumas limitações e sugestões de melhoria.

Um dos pontos importantes é ampliar o apoio dos gestores para participação nos cursos, com a intenção de aumentar a oferta de capacitação em diferentes municípios, principalmente considerando que um curso *online* possui ampla abrangência. Este curso registrou participantes de 12 estados diferentes, apesar de ter sido ofertado para todo o Brasil. Nesse sentido, é preciso buscar parcerias que incentivem a melhoria do SUS.

Com relação à plataforma, constatou-se a problemática na mudança, e sugere-se para cursos futuros a utilização apenas da Plataforma Telessaúde do Tocantins desde o início do curso, de modo a ambientar os participantes à utilização de todos os recursos disponíveis neste sistema.

Há ainda a sugestão de diversificar ainda mais os estímulos de aprendizagem, de modo a possibilitar estratégias de generalização (transferência da aprendizagem para situações não conhecidas, mas que são semelhantes), viabilizando a avaliação e compreensão de situações relacionadas aos transtornos mentais. Ou seja, sugere-se a utilização de forma mais efetiva de todos os recursos tecnológicos disponibilizados pela plataforma, tais como fóruns compartilhados, vídeos interativos, vídeos simulando situações reais, webconferências, etc.

No que se refere aos capítulos teóricos, recomenda-se a inclusão de conteúdos direcionados às diferentes práticas profissionais. Significa que novas propostas de cursos deverão abranger as áreas de atuação específicas de cada profissão, e se necessário subdividir o curso em categorias profissionais, com a finalidade de tornar a temática mais interessante. Além disso, o conteúdo poderia ser prioritariamente prático, ou seja, focar em conteúdos mais diretos, a fim de aumentar a absorção e aprimoramento de habilidades profissionais.

Com relação à inclusão da intervenção (parte prática) em um curso totalmente *online*, considera-se que a proposta inovadora pode incentivar ainda mais a conexão entre teoria e prática dentro do campo profissional e da atuação em Saúde Mental. Por isso, sugere-se manter este formato de capacitação, com maior acompanhamento dos tutores e moderadores nessa etapa de execução, a fim de ratificar o aprendizado, valorizar o trabalho executado pelo participante e dar visibilidade à intervenção dentro dos serviços de saúde.

Com relação a escrita e execução dos projetos de intervenção, sugere-se que para cursos posteriores sejam utilizadas projetos de intervenção “prontos”, com propostas pré-estabelecidas, que possam ser adaptados à realidade dos profissionais, mas que possibilitem também a implantação efetiva de uma nova atividade na unidade de saúde.

Outra recomendação seria a realização de pesquisa com o grupo de participantes que desistiram do curso, para averiguar sobre as motivações do abandono, a fim de estudar as possibilidades de intervir e reduzir o número de desistentes em cursos futuros.

Por fim, incentiva-se a continuidade de cursos que possibilitem a reciclagem do conhecimento, reflexão sobre a prática e aprimoramento da atuação profissional, com a finalidade de qualificar os profissionais e fortalecer o sistema de saúde brasileiro, construindo assim um novo modo de fazer saúde, que atenda tanto às necessidades dos usuários quanto aos anseios dos trabalhadores.

REFERÊNCIAS

ABBAD, G. DA S. et al. Impacto do treinamento no trabalho – medida em amplitude. In: ABBAD, G. DA S. et al. (Eds.). **Medidas de avaliação em treinamento, desenvolvimento e educação: Ferramentas para a Gestão de Pessoas**. Rio de Janeiro: Artmed, 2012. p. 145–162.

ABED. Associação Brasileira de Educação à Distância. **Censo EAD BR 2018: Relatório Analítico da aprendizagem a distância no Brasil**. São Paulo: Intersaberes, 2019.

ALBERTINI, M. L. **Avaliação do Impacto na Transferência do Treinamento e do**

Suporte à Aprendizagem do Evento Instrucional “Curso de Fiscalização Ambiental” do IBAMA. [s.l.] Escola Nacional de Administração Pública - ENAP., 2013.

ALMEIDA, O. C. S.; ABBAD, G.; MENESES, P. P. M.; ZERBINI, T. Evasão em Cursos a Distância: Fatores Influenciadores. **Revista Brasileira de Orientação Profissional.** Vol. 14, No. 1, 19-33; jan.-jun. 2013.

ALQUATI, L. R.; BARBOSA, G. C. A interface entre a saúde mental e a atenção básica: uma revisão de literatura. **Revista Uningá, Maringá - PR,** v. 51, n. 2, p. 32–38, 2017.

ALVIM, S.; LOIOLA, E. Construção e validação de escala de impacto em profundidade: O caso do Empretec. **Psicologia: Organizações e Trabalho,** v. 10, n. 1, p. 37–51, 2010.

AMARAL, C. E. M. **Avaliação da articulação dos componentes da atenção básica e atenção especializada das rees de atenção psicossocial dos municípios de Campinas e Fortaleza.** [s.l.] Universidade Estadual de Campinas, 2018.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-V.** Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2014.

ANDRADE, L. H. et al. Mental disorders in megacities: Findings from the São Paulo megacity mental health survey, Brazil. **PLoS ONE,** v. 7, n. 2, p. 1–12, 2012.

AOSANI, T. R.; NUNES, K. G. A saúde mental na atenção básica: a percepção dos profissionais de saúde. In: **Rev. Psicol. Saúde,** Campo Grande, v. 5, n. 2, p. 71-80, 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2013000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 17 jan. 2020.

ARONNE, R.; MONTEIRO, F. H. Percepções acerca da responsabilidade civil do psiquiatra por erro de diagnóstico na internação compulsória. In: **Revista De Direito Sanitário,** p. 17-42. São Paulo, 2018.

BALDAÇARA, L.; et al. Brazilian guidelines for the management of psychomotor agitation. Part 1. Non-pharmacological approach. **Braz. J. Psychiatry,** São Paulo, 2018

BALDAÇARA, L.; CORDEIRO, D. C. **Emergências Psiquiátricas.** São Paulo: Roca, 2007.

BAXTER, A. J. et al. Global Epidemiology of Mental Disorders: What Are We Missing? **PLoS ONE,** v. 8, n. 6, p. 1–9, 2013.

BORGES-ANDRADE, J. E.. Desenvolvimento de medidas em avaliação de treinamento. **Estudos de Psicologia.** Natal, 7 (número especial). p. 31-43, 2002.

BRASIL. **Lei nº 8.080,** de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC- SUS Ministério da Saúde.** Brasília., Brasil. [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pic.php?conteudo=praticas_integrativas,](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pic.php?conteudo=praticas_integrativas) , 2015.

BRASIL. **Resolução nº 41, de outubro de 2018.** Brasília. Ministério da Saúde., , 2018.

BRASIL. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete ministerial. **Portaria nº 3.088**. Brasília, Brasil, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete ministerial. **Portaria N.º 3588/2017**. Brasília, Distrito Federal, 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html.

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental**. Número 34. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Portaria nº 2.436**. Brasília, Brasil, 2017.

BRASIL. **Ministério da saúde 2018**. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-mental>>. Acesso em: 20 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Caderno de Textos e Cartilhas da Política Nacional de Humanização**. 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_textos_cartilhas_politica_humanizacao.pdf. Acesso em: 09/01/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento na gestão e o trabalho em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Ministério da Saúde inclui 10 novas práticas integrativas no SUS**. Matéria publicada em 12 de março de 2018. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42737-ministerio-da-saude-inclui-10-novas-praticas-integrativas-no-sus>. Acesso em 21 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 154 de 24 de janeiro de 2008**. Brasília, DF, 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (**Cadernos de Atenção Básica, n. 39**). Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab39>>

CAMPOS, G. W. S. Domitti, A. C. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde**. Disponível em https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2007000200016&script=sci_arttext&tlng=pt

CAPONI, S. et al. (Orgs). **Medicalização da Vida: Ética, Saúde Pública e Indústria Farmacêutica**. Palhoça: Editora Unisul; 2010.

CASTILLO, A. R. et al. **Transtornos de Ansiedade**. In: Rev. Bras. Psiquiatr. vol.22. São Paulo, 2000.

CATALDO NETO, A. et al. Panorama nacional do ensino da psiquiatria nas escolas médicas brasileiras. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 33, n. 1, p. 8–13, 2011.

CFM/ABP **Suicídio: Informando para prevenir**. Associação Brasileira de Psiquiatria, Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. Brasília, 2014. Disponível em: http://www.flip3d.com.br/web/temp_site/edicao-0e4a2c65bdadd66a53422d93daebe68.pdf

CHIAVERINI, D. H. **Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CNS. Conselho Nacional de Saúde. **Cartilha acerca da Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Minas Gerais: CNS, 2018.

CORREIA, V. R.; BARROS, S.; COLVERO, L. DE A. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Rev. Esc Enferm USP**, v. 45, n. 6, p. 1501–1506, 2011.

COSTA, F. R. M. et al. Desafios do apoio matricial como prática educacional: a saúde mental na atenção básica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 54, p. 491–502, 2015.

DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. (Orgs.). **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. 2. ed. 554 p. Porto Alegre: Artmed, 2018.

DIMENSTEIN, M. D. B.; GRUSKA, V.; LEITE, J. F. Psychiatric Crisis Management in the Emergency Care Hospital Network. **Paidéia**, v. 25, n. 60, p. 95–103, 2015.

FIGUEIRÊDO, R. S. **Impacto do treinamento no trabalho: análise de um curso técnico-operacional em uma organização do ramo de energia elétrica**. [s.l.] Faculdade de Ciências da Educação e Saúde - FACES, 2008.

FONTE, E. M. M. DA. Da institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. **Estudos de Sociologia**, v. 1, n. 18, p. 1–23, 2012.

FORLENZA O. V.; MIGUEL E. C. **Compêndio de Clínica Psiquiátrica**. Barueri, SP: Manole, 2012. p. 137-150.

FRANCO, M. A. S. Pedagogia da Pesquisa-ação. **Educação e Pesquisa**, v. 31, n. 3, p. 483–502, 2005.

FREITAS, H. et al. O método de pesquisa Survey. **Revista de Administração de Empresas**, v. 35, n. 3, p. 105–112, 2000.

GELBCKE, F. L.; MATOS, E.; SALLUM, N. C. Desafios para a integração multiprofissional e interdisciplinar. In: **Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva**. v. 6, n. 4. Brasília, 2012. Em: <http://tempus.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/1202/1087>

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GONÇALVES, D. A.; et al. **Saúde Mental na Atenção Básica**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2009.

- GONÇALVES, P. R. **Avaliação de impacto de ações de capacitação na área administrativa em uma instituição federal de ensino superior**. [s.l.] Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2016.
- HENRIQUE, I. F.; et al. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). In: **Rev Assoc Med Bras**; 50(2): 199-206. São Paulo, 2004.
- HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 297–305, 2009.
- HOGA, L. A. K.; BORGES, A. L. V. **Pesquisa Empírica em Saúde: Guia prático para iniciantes**. São Paulo: EEUSP, 2016.
- IGLESIAS, A.; AVELLAR, L. Z. Apoio Matricial: um estudo bibliográfico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 9, p. 3791–3798, 2014.
- IGLESIAS, A. AVELLAR, L. Z. Matriciamento em Saúde Mental: práticas e concepções trazidas por equipes de referência, matriciadores e gestores. In: **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, 2017.
- JORGE, M. S. B. et al. Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3051–3060, 2011.
- JORGE, M. S. B. et al. Apoio Matricial, Projeto Terapêutico Singular e Produção do Cuidado em Saúde Mental. **Texto Contexto Enferm**, v. 24, n. 1, p. 112–120, 2015.
- JUCÁ, V. J.; et al. Atuação psicológica e dispositivos grupais nos centros de atenção psicossocial. In: **Mental** - p. 93-113 -ano VIII - n. 14 – Barbacena, 2010.
- LIMA, M. C. DA S. **Avaliação de Impacto das Ações e Capacitação no Trabalho dos Servidores de uma Instituição Pública de Ensino Superior**. [s.l.] Universidade Federal da Bahia, 2016.
- LIMA, P. T. R. **Bases da medicina Integrativa**. 2º ed. São Paulo: Manole, 2018.
- MARALDI, E. O. Dissociação, crença e identidade: uma perspectiva psicossocial. **Tese de Doutorado**. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2014.
- MARCONI, M. DE A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7º ed. São Paulo: ATLAS S.A, 2007.
- MATTARA, F. P.; et al. Confiabilidade do teste de identificação de transtornos devido ao uso de álcool (AUDIT) em adolescentes. In: SMAD, **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. port.) vol.6 no.2. Ribeirão Preto, 2010.
- MEDEIROS, C. R. G.; et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. In: **Rev. Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1521-1531, Jun, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700064&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Jan. 2020.
- MELO, A. M. DA C. Apontamentos sobre a reforma psiquiátrica no Brasil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 8, n. 9, p. 84–95, 2012.
- MURRAY, C. J. L.; LOPEZ, A. D. **The global burden of disease: a comprehensive**

assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA: Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank., 1996.

NÉRI, E. D. R.; VIANA, P. R.; CAMPOS, T. A. **Dicas para uma boa prescrição hospitalar.** Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2008.

OMS. Relatório Muncial da Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. **Ministério da Saúde**, p. 1–25, 2002.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; et al. **Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde.** 2011. Acesso em 23 de janeiro de 2020 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n1/2502.pdf>

PADILHA, V. M. et al. Profile of patients attended as psychiatric emergencies at a university general hospital. **Sao Paulo Medical Journal**, v. 131, n. 6, p. 398–404, 2013.

PAULA, K. V. DA S. DE. A questão da saúde mental e atenção psicossocial: considerações acerca do debate em torno de conceitos e direitos. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 829–840, 2008.

PELEGRINI, M. R. F. O abuso de medicamentos psicotrópicos na contemporaneidade. In: **Rev. Psicol. cienc. prof.** vol.23 no.1. Brasília, 2003.

PILATI, R.; ABBAD, G. Análise fatorial confirmatória da escala de impacto do treinamento no trabalho. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 21, n. 1, p. 043–051, 2005.

QUEVEDO J.; CARVALHO A. F. **Emergências psiquiátricas.** 2ª Edição – Porto Alegre, RS: Artmed, 2014.

RASERA, E. F.; ROCHA, R. M. G. Sentidos sobre a prática grupal no contexto de saúde pública. In: **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 1, p. 35-44, jan./mar. 2010.

ROCHA, M. L. DA; AGUIAR, K. F. DE. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 23, n. 4, p. 64–73, 2003.

ROTOLI, A.; et al. Saúde mental na Atenção Primária: desafios para a resolutividade das ações. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, e20180303, 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452019000200209&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17 jan. 2020

SANTOS, É. G. DOS; SIQUEIRA, M. M. DE. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: Uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 3, p. 238–246, 2010.

SILVA, A. R. L.; MACHADO, A. B. SILVA, M. L. Projeto de Intervenção: uma Proposta de Formação em EaD. **EaD em Foco**, 6(3), p. 75-83, 2016.

SILVA, K. Â. DA; SANTOS, H. W. S. Desafios na promoção em saúde mental na Atenção Básica: reflexão a partir de uma experiência de campo. **GEP NEWS**, v. 2, n. 2, p. 177–183, 2018.

SILVA, P. A. DOS S. DA et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados entre idosos de um município do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 639–646, 2018.

SILVA FILHO, J. A. DA; BEZERRA, A. D. M. Acolhimento em Saúde Mental na Atenção

Primária à Saúde: Revisão Integrativa. **Id on Line Rev. Mult. Psic.**, v. 12, n. 40, p. 613–627, 2018.

SILVA, M. A.; VIEIRA, M. A. M. Saúde Mental na Atenção Básica: reflexões sobre a articulação do Centro de Atenção Psicossocial com o Programa de Saúde da Família. **Rev. Min. Enferm**, v. 12, n. 2, p. 263–269, 2008.

SILVA, T. R. M. Saúde Mental na Atenção Primária – Uma Experiência. **Práticas Interdisciplinares em Saúde Mental na Academia -UFMG**, 2008.

SMS. Secretária Municipal de Saúde de Florianópolis. **Protocolo de atenção em saúde mental Município de Florianópolis**. / Secretaria Municipal de Saúde. Tubarão: Copiart, 2010. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05_08_2011_9.41.44.1bf62fa463bec5495279a63c16ed417f.pdf>. Acesso em: 14/01/2020.

SOARES, J. F.; SIQUEIRA, A. L. **Introdução à Estatística Médica**. Belo Horizonte: COOPMED, 2002.

STANCATO, K; ZILLI, P. T. Fatores geradores da rotatividade dos profissionais de Saúde: uma revisão de literatura. In: **RAS**. Vol. 12, N. 47 – Abr-Jun, 2010.

STEEL, Z. et al. The global prevalence of common mental disorders: A systematic review and meta-analysis 1980-2013. **International Journal of Epidemiology**, v. 43, n. 2, p. 476–493, 2014.

SUSSER E et al. **Psychiatry epidemiology** – searching for the causes of mental disorders. New York: Oxford University Press, 2006.

THORNICROFT, G.; TANSELLA, M. Quais São os Argumentos a Favor da Atenção Comunitária à Saúde Mental? **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 3, n. 1, p. 9–25, 2008.

VIEIRA, S. **Bioestatística: Tópicos Avançados**. 2 ed. 3. reimp. Rio de Janeiro:ELSEVIER, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Investing in Mental Health**. Geneva: WHO, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A report of the assessment of the mental health system in Brazil using the World Health Organization - Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS)**. Brasília: World Health Organization, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide: a global imperative**. Geneva: WHO, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Organization**. Disponível em: <<http://www.who.int/whr/previous/en/>>. Acesso em: 18 jan. 2020.

ANEXOS E APÊNDICES

Anexo A – Avaliação do Impacto em Amplitude

Prezado(a) participante,

Com objetivo de avaliar o impacto na dimensão amplitude do programa de capacitação e acompanhamento em saúde mental, pedimos que os participantes do curso respondam ao questionário abaixo.

Leiam atentamente os conteúdos das afirmativas abaixo e avalie o quanto cada uma delas descreve o que você pensa a respeito do impacto do curso que participou, escolhendo as opções de 1 a 5, conforme descritas abaixo. Considere o período total do curso, que inclui a parte teórica e a parte prática.

Descrição das opções de resposta				
1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo, nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

Itens		Resposta				
1.	Utilizo, com frequência, em meu trabalho atual, o que foi ensinado na capacitação.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
2.	Aproveito as oportunidades que tenho para colocar em prática o que me foi ensinado na capacitação.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
3.	As habilidades que aprendi na capacitação fizeram com que eu cometesse menos erros, em meu trabalho, em atividades relacionadas ao conteúdo da capacitação.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
4.	Recordo-me bem dos conteúdos ensinados na capacitação	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
5.	Quando aplico o que aprendi na capacitação, executo meu trabalho com maior rapidez.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
6.	A qualidade do meu trabalho melhorou nas atividades diretamente relacionadas ao conteúdo da capacitação.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
7.	A qualidade do meu trabalho melhorou mesmo naquelas atividades que não pareciam estar relacionadas ao conteúdo da capacitação.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
8.	Minha participação na capacitação serviu para aumentar minha motivação para o trabalho.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
9.	Minha participação na capacitação aumentou minha autoconfiança. (Agora tenho mais confiança na minha capacidade de executar meu trabalho com sucesso).	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
10.	Após minha participação na capacitação, tenho sugerido, com mais frequência, mudanças nas rotinas de trabalho.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
11.	Essa capacitação que fiz tornou-me mais receptivo a mudanças no trabalho.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
12.	A capacitação que fiz beneficiou meus colegas de trabalho, que aprenderam comigo algumas novas habilidades.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()

Fonte: (PILATI; ABBAD, 2005).

Anexo B – Cartão Babel

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL

Registrar escolaridade e data do exame

ORIENTAÇÃO TEMPORAL (0-5 pontos)

1- Dia Mês Ano Dia da semana Horas

ORIENTAÇÃO ESPACIAL (0-5 pontos)

2- Local (específico) Local (geral) Bairro
Cidade Estado

REGISTRO (0-3 pontos)

3- Repetir 3 palavras:

carro vaso tijolo

ATENÇÃO E CÁLCULO (0-5 pontos)

4- Série descendente de 100-7:

93 86 79 72 65

ou soletrar a palavra MUNDO de trás para frente:

O D N U M

EVOCAÇÃO (0-3 pontos)

5- Repetir as 3 palavras do registro:

carro vaso tijolo

LINGUAGEM (0-9 pontos)

6- Denominar um relógio de pulso e uma caneta

7- Repetir: "Nem aqui, nem ali, nem lá"

8- Atender ao comando: "peque um papel com a mão direita , dobre-o ao meio e coloque-o no chão"

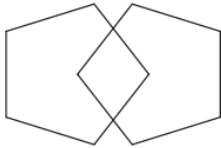
9- Ler e obedecer a seguinte ordem por escrito:

FECHE OS OLHOS

10- Escrever uma frase completa

PRAXIA(0-1 ponto)

11- Copiar o desenho



Pontos de corte para risco de déficit cognitivo:

analfabeto: 13 pontos

1 a 7 anos de estudo: 18 pontos

8 ou mais anos de estudo: 23 pontos

BERTO LUCCI, P. et al, *Arq Neuropsiquiatr*; 52:1-7. 1994.

5

EXAME DAS FUNÇÕES PSÍQUICAS

1) Apresentação e comportamento

• Descrever atitude do paciente, vestes, reação ao contato, atividade psicomotora, movimentos involuntários, postura;

2) Cognição

• Consciência: obnubilação, sonolência, estupor, coma, letargia, estado de fuga (esquece sua identidade, com tendência a sair vagueando).

• Orientação auto e alopsíquica (local, hora, dia e data)

• Atenção e concentração dirígida e espontânea (do meio ambiente)

• Memória imediata: experiências nos últimos dias

• Memória remota: eventos pessoais passados como escola, casamento

• Inteligência: cálculos, leitura

3) Afetividade, humor e vitalidade

• Registrar a reação e sintonia afetiva entre discurso e conteúdo;

• Observar tendência ao choro, tristeza, euforia, desinibição.

Variação do humor durante o dia, ânimo, líbido;

• Avaliar distúrbios do sono, alteração de apetite e peso e ideação suicida;

4) Discurso

• Avaliar a velocidade do discurso, sua qualidade (se é coerente e continuidade (se há associação lógica entre temas, idéias e assuntos);

5) Conteúdo do pensamento

• Investigar preocupações, pensamentos recorrentes, dúvidas, motivos de ansiedade e medo; fobias e pensamentos obsessivos, atos compulsivos ou rituais ou estratégias para evitar ou aliviar ansiedade.

• Notar se há delírios (idéias patologicamente falseadas, que não encontram sustentação lógica).

6) Sensopercepção

• Ilusão é a percepção sensorial alterada de um estímulo real;

• Alucinação é a percepção irreal que ocorre na ausência de estímulo externo. As alucinações podem ser auditivas, como as verbais na terceira pessoa (mais comuns em psicoses), visuais (mais frequentes em distúrbios orgânicos), olfativas, gustatórias ou táteis;

• Despersonalização é a sensação de irrealidade em relação ao próprio corpo (relativamente frequente em transtornos ansiosos e depressivos);

7) Juízo e autocrítica

• Juízo: alterado na ocorrência de delírios (com gradações)

• Para exame da autocrítica, usar perguntas como: "Você acha que tem uma doença física, mental ou nervosa?", "Você acha que pode estar precisando de tratamento?"

ROTEIROS PARA AVALIAÇÃO INTEGRAL

PRINCÍPIOS DA SAÚDE DA FAMÍLIA

I- Os profissionais da Saúde da Família são especializados e qualificados;

II- Os cuidados são influenciados pela comunidade;

III- A equipe de Saúde da Família é um recurso de uma população definida;

IV- A relação profissional-pessoa é fundamental no desempenho do profissional da Saúde da Família.

Adaptado de LOPES, J. M. C.

Disponível em www.agmfc.org.br/site/principios.asp; acesso em 15/3/2009

ETAPAS DO ATENDIMENTO CENTRADO NA PESSOA

1- Explorando a enfermidade e a experiência da pessoa em estar doente (illness x disease);

2- Entendendo a pessoa como um todo;

3- Elaborando projeto comum de manejo dos problemas;

4- Incorporando prevenção e promoção à saúde;

5- Intensificando a relação profissional-pessoa;

6- Sendo realista.

Adaptado de STEWART, M et al. *Patient centered medicine: transforming the clinical method*. Radcliffe Medical, 2003.

ROTEIRO PARA DISCUSSÃO DE CASOS EM APOIO MATRICIAL DE SAÚDE MENTAL

Aproximação da Clínica Ampliada

- Motivo do matriciamento;
- Informações sobre a pessoa, família e ambiente;
- Problemática apresentada no atendimento (nas palavras da pessoa, familiar, outros);
- História do problema atual (início, fator desencadeante, manifestações sintomáticas, evolução, intervenções biológicas ou psicossociais realizadas, compartilhamento do caso (referência/contra-referência);
- Configuração familiar (genograma);
- Vida social (participação em grupos, instituições, rede de apoio social, situação econômica);
- Efeitos do caso na equipe interdisciplinar;
- Formulação diagnóstica multi-axial.

Formulação Diagnóstica Multiaxial

- 1- Transtornos mentais
- 2- Transtornos/estilo de personalidade e t. do desenvolvimento;
- 3- Problemas de saúde em geral;
- 4- Avaliação de incapacidade;
- 5- Problemas sociais.

Formulação de Projeto Terapêutico Singular

- 1- Abordagens biológicas e farmacológicas;
- 2- Abordagens psicossocial e familiar;
- 3- Apoio do sistema de saúde;
- 4- Apoio da rede comunitária;
- 5- Trabalho em equipe: quem faz o quê.

TRIAGEM PARA DEPRESSÃO

1- Nas duas últimas semanas você sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias?

2- Nas duas últimas semanas você teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e prazer pelas coisas que lhe agradavam habitualmente
Se houver menos uma resposta 'sim', faça as perguntas a seguir:

A- Seu apetite mudou de forma significativa?

B- Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade para pegar no sono, acordar no meio da noite, dormir demais)?

C- Falou ou movimentou-se mais lentamente que de costume ou pelo contrário, sentiu-se mais agitado ou incapaz de ficar quieto?

D- Sentiu-se a maior parte do tempo cansado, sem energia, quase todos os dias?

E- Sentiu-se sem valor ou com culpa, quase todos os dias?

F- Teve dificuldade em tomar decisões, de se concentrar ou problemas de memória quase todos os dias?

G- Teve por várias vezes pensamentos ruins, como seria melhor estar morto, ou fazer mal a si mesmo? h

Se 'sim' em 1 ou 2 + 'sim' em qualquer um de A a G, há grande risco de depressão:

- 3 e 4 respostas positivas- depressão leve
- 5 a 7 respostas positivas- depressão moderada
- risco de suicídio, sintomas psicóticos ou 8 a 9 respostas positivas- depressão grave

Em caso de depressão:

- Avaliar risco de suicídio (ver a seguir)
- Considerar transtorno afetivo bipolar e investigar quadro progressivo de mania
- Questionar sobre uso de drogas e álcool

Adaptado de AMORIM, P.; *Rev Bras Psiquiatr*; 22:106-15, 2000

AVALIAÇÃO DE RISCO DE SUICÍDIO

- 1- Você pensou que seria melhor estar morto? (1)
- 2- Você quer fazer mal a si mesmo? (2)
- 3- Você tem pensado em se suicidar? (6)
- 4- Você tem planejado uma maneira de se suicidar? (10)
- 5- Você tentou o suicídio (recentemente)? (10)
- 6- Você já fez alguma tentativa de suicídio (em sua vida)? (4)

Risco de suicídio (somar os pontos)

1-5: leve; 6-9: moderado; 10-33: elevado

Lembre-se: O melhor preditor de suicídio nos antecedentes pessoais é uma história prévia de tentativa de suicídio

Adaptado de AMORIM, P.; *Rev Bras Psiquiatr*; 22:106-15, 2000; e FERREIRA, M. H. F. et al. *Rev Bras Psiquiatr*; 29:51-54

6

Cartão Babel

de Saúde Mental na Atenção Básica

Este cartão contém instrumentos de avaliação em saúde mental na atenção básica, incluindo instrumentos de triagem de transtornos do humor, transtornos ansiosos, avaliação do risco de suicídio, demência, álcool e tabaco.

Apresenta também roteiros de consulta e levantamento de casos a serem discutidos nos espaços de apoio matricial em saúde mental.

O cartão Babel foi adaptado, com autorização de seus autores, do conceito original desenvolvido por Goldberg, Gask e Morriss, em *Psychiatry in Clinical Practice* (Routledge, 2008)



Este cartão pode ser reproduzido parcial ou integralmente, desde que citada a fonte: GONÇALVES, D.A.; ALMEIDA, N.S.; BALLESTER, D.A.; CHAZAN, L.F.; CHIAVERINI, D.; FORTES, S.; TÓFOLI, L.F. *Cartão Babel de Saúde Mental na Atenção Básica*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2009. 6 p.

TRIAGEM PARA ANSIEDADE

- 1- Você tem se preocupado demais?
- 2- Você tem se sentido esgotado, tenso?
- 3- Você tem se sentido muito irritado(a) ou com "problema nos nervos"?
- 4- Você tem tido dificuldade em relaxar?
Se houver pelo menos dois 'sim', faça as perguntas a seguir:
- 5- Você tem dormido mal ou dificuldade para dormir?
- 6- Você tem sentido dor de cabeça, no pescoço ou mal estar na cabeça?
- 7- Você tem sentido tontura, suor frio, diarreia, formigamentos, desconforto no estômago, batadeira etc. (sintomas autonômicos)?
- 8- Você está preocupado com sua saúde?
- 9- Estes problemas têm prejudicado sua qualidade de vida e relações com outras pessoas?

Respostas positivas em número de 5 ou mais, com pelo menos 6 meses de evolução indicam forte risco para um diagnóstico de transtorno de ansiedade.

Adaptado de GOLDBERG, D. et al, *Psychiatry in Medical Practice*, Routledge, 2008. p. 8

USO NOCIVO DE ÁLCOOL (CAGE)

- C (cut) - Você já considerou beber menos ou parar de beber?
A (annoyed) - Pessoas o tem perturbado por criticá-lo por beber?
G (guilty) - Você tem se sentido culpado ou mal por beber?
E (eye opener) - Você bebeu logo pela manhã, ao acordar, para aliviar os nervos ou a ressaca?
Se pelo menos duas positivas fazer consulta específica para alcoolismo e drogas (pode-se usar o instrumento ASSIST da OMS)

MASUR, J. et al, *J Bras Psiquiatr*; 34:31-4, 1985

DEPENDÊNCIA AO TABACO

(TESTE DE FAGERSTRÖM)

- 1- Quanto tempo você demora para fumar depois que acordar?
<5 min (3) 5-30 min (2) 31-60 min (1) >60 min (0)
- 2- Você acha difícil não fumar em lugares proibidos?
Sim (1) Não (0)
- 3- Qual cigarro do dia que te dá mais satisfação?
O primeiro da manhã (1) Outros (0)
- 4- Quantos cigarros você fuma por dia?
<10 (0) 11 a 20 (1) 21 a 30 (2) >30 (3)
- 5- Você fuma frequentemente pela manhã?
Sim (1) Não (0)
- 6- Você fuma, mesmo doente, quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo?
Sim (1) Não (0)

Grau da dependência (somar os pontos):

0-2: muito baixo; 3-4: baixo; 5: médio; 6-7: elevado.

HALTY, L.S. et al, *J Pneumol*; 28:180-6, 2002

1

2

3

Nome: _____ Registro _____

Entrevistador: _____ DATA: ____/____/____

ASSIST - OMS

1. Na sua vida qual(is) dessa(s) substâncias você já usou? <i>(somente uso não prescrito pelo médico)</i>	NÃO	SIM
a. derivados do tabaco	0	3
b. bebidas alcoólicas	0	3
c. maconha	0	3
d. cocaína, crack	0	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	3
f. inalantes	0	3
g. hipnóticos/sedativos	0	3
h. alucinógenos	0	3
i. opióides	0	3
j. outras, especificar	0	3

- SE "NÃO" em todos os itens investigue: Nem mesmo quando estava na escola?
- Se "NÃO" em todos os itens, pare a entrevista
- Se "SIM" para alguma droga, continue com as demais questões

QUESTIONÁRIO PARA TRIAGEM DO USO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS SUBSTÂNCIAS.

2. Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? <i>(primeira droga, depois a segunda droga, etc)</i>	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	2	3	4	6
b. bebidas alcoólicas	0	2	3	4	6
c. maconha	0	2	3	4	6
d. cocaína, crack	0	2	3	4	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	2	3	4	6
f. inalantes	0	2	3	4	6
g. hipnóticos/sedativos	0	2	3	4	6
h. alucinógenos	0	2	3	4	6
i. opióides	0	2	3	4	6
j. outras, especificar	0	2	3	4	6

- Se "NUNCA" em todos os itens da questão 2 pule para a questão 6, com outras respostas continue com as demais questões

3. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? <i>(primeira droga, segunda droga, etc)</i>	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	3	4	5	6
b. bebidas alcoólicas	0	3	4	5	6
c. maconha	0	3	4	5	6
d. cocaína, crack	0	3	4	5	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	3	4	5	6
f. inalantes	0	3	4	5	6
g. hipnóticos/sedativos	0	3	4	5	6
h. alucinógenos	0	3	4	5	6
i. opióides	0	3	4	5	6
j. outras, especificar	0	3	4	5	6

4. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de <i>(primeira droga, depois a segunda droga, etc)</i> resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	4	5	6	7
b. bebidas alcoólicas	0	4	5	6	7
c. maconha	0	4	5	6	7
d. cocaína, crack	0	4	5	6	7
e. anfetaminas ou êxtase	0	4	5	6	7
f. inalantes	0	4	5	6	7
g. hipnóticos/sedativos	0	4	5	6	7
h. alucinógenos	0	4	5	6	7
i. opióides	0	4	5	6	7
j. outras, especificar	0	4	5	6	7

NOMES POPULARES OU COMERCIAIS DAS DROGAS

- a. **produtos do tabaco** (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)
- b. **bebidas alcóolicas** (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermouths, caninha, rum tequila, gin)
- c. **maconha** (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)
- d. **cocaína, crack** (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, caximbo, brilho)
- e. **estimulantes como anfetaminas** (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)
- f. **inalantes** (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló)
- g. **hipnóticos, sedativos** (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)
- h. **alucinógenos** (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto)
- i. **opiáceos** (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona)
- j. **outras** – especificar:

5. Durante os três últimos meses, com que frequência, por causa do seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc), você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?

	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	5	6	7	8
b. bebidas alcoólicas	0	5	6	7	8
c. maconha	0	5	6	7	8
d. cocaína, crack	0	5	6	7	8
e. anfetaminas ou êxtase	0	5	6	7	8
f. inalantes	0	5	6	7	8
g. hipnóticos/sedativos	0	5	6	7	8
h. alucinógenos	0	5	6	7	8
i. opióides	0	5	6	7	8
j. outras, especificar	0	5	6	7	8

• **FAÇA as questões 6 e 7 para todas as substâncias mencionadas na questão 1**

6. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc...)?

	NÃO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de ((primeira droga, depois a segunda droga, etc...)) e não conseguiu?

	NÃO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

Nota Importante: Pacientes que tenham usado drogas injetáveis nos últimos 3 meses devem ser perguntados sobre seu padrão de uso injetável durante este período, para determinar seus níveis de risco e a melhor forma de intervenção.

8- Alguma vez você já usou drogas por injeção? (Apenas uso não médico)

NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses

Guia de Intervenção para Padrão de uso injetável

Uma vez por semana ou menos
Ou menos de três dias seguidos → Intervenção Breve incluindo cartão de "riscos associados com o uso injetável"

Mais do que uma vez por semana
Ou mais do que três dias seguidos → Intervenção mais aprofundada e tratamento intensivo*

PONTUAÇÃO PARA CADA DROGA

	Anote a pontuação para cada droga. SOME <u>SOMENTE</u> das Questões 2, 3, 4, 5, 6 e 7	Nenhuma intervenção	Receber Intervenção Breve	Encaminhar para tratamento mais intensivo
Tabaco		0-3	4-26	27 ou mais
Alcool		0-10	11-26	27 ou mais
Maconha		0-3	4-26	27 ou mais
Cocaína		0-3	4-26	27 ou mais
Anfetaminas		0-3	4-26	27 ou mais
Inalantes		0-3	4-26	27 ou mais
Hipnóticos/sedativos		0-3	4-26	27 ou mais
Alucinógenos		0-3	4-26	27 ou mais
Opióides		0-3	4-26	27 ou mais

Cálculo do escore de envolvimento com uma substância específica.

Para cada substância (de 'a' a 'j') some os escores obtidos nas questões 2 a 7 (inclusive). Não inclua os resultados das questões 1 e 8 aqui.
Por exemplo, um escore para maconha deverá ser calculado do seguinte modo: Q2c + Q3c + Q4c + Q5c + Q6c + Q7c.
Note que Q5 para tabaco não é codificada, sendo a pontuação para tabaco = Q2a + Q3a + Q4a + Q6a + Q7a

Anexo D – AUDIT

AUDIT

Nome:

Data:

Questões / Pontuação	0	1	2	3	4
AUDIT C	<input type="checkbox"/> Nunca [caso assinale esta resposta, siga para as questões 9 e 10]	<input type="checkbox"/> Uma vez por mês ou menos	<input type="checkbox"/> 2 a 4 vezes por mês	<input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes por semana	<input type="checkbox"/> 4 ou mais vezes por semana
	<input type="checkbox"/> 1 ou 2	<input type="checkbox"/> 3 ou 4	<input type="checkbox"/> 5 ou 6	<input type="checkbox"/> De 7 a 9	<input type="checkbox"/> 10 ou mais
	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Uma vez por mês ou menos	<input type="checkbox"/> 2 a 4 vezes por mês	<input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes por semana	<input type="checkbox"/> 4 ou mais vezes por semana

[caso contabilize 0 na pontuação das questões 2 e 3, passe para as questões 9 e 10]

4. Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Uma vez por mês ou menos	<input type="checkbox"/> 2 a 4 vezes por mês	<input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes por semana	<input type="checkbox"/> 4 ou mais vezes por semana
5. Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exige, por ter bebido?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Uma vez por mês ou menos	<input type="checkbox"/> 2 a 4 vezes por mês	<input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes por semana	<input type="checkbox"/> 4 ou mais vezes por semana
6. Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para “curar” uma ressaca?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Uma vez por mês ou menos	<input type="checkbox"/> 2 a 4 vezes por mês	<input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes por semana	<input type="checkbox"/> 4 ou mais vezes por semana
7. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Uma vez por mês ou menos	<input type="checkbox"/> 2 a 4 vezes por mês	<input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes por semana	<input type="checkbox"/> 4 ou mais vezes por semana
8. Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por ter bebido?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Uma vez por mês ou menos	<input type="checkbox"/> 2 a 4 vezes por mês	<input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes por semana	<input type="checkbox"/> 4 ou mais vezes por semana
9. Já alguma vez ficou ferido ou alguém ficou ferido por você ter bebido?	<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim, mas não nos últimos 12 meses		<input type="checkbox"/> Sim, aconteceu nos últimos 12 meses
10. Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou outro profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?	<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim, mas não nos últimos 12 meses		<input type="checkbox"/> Sim, aconteceu nos últimos 12 meses

Total da Pontuação:
[o total expressa-se em valores entre 0 e 40]

RESULTADO AUDIT	NÍVEL DE RISCO	PROBLEMA	INTERVENÇÃO PRECONIZADA
0-7	BAIXO	ABSTINÊNCIA OU CONSUMO DE BAIXO RISCO	INFORMAÇÃO EDUCAÇÃO
8-15	BAIXO / MODERADO	CONSUMO DE RISCO	ORIENTAÇÃO
16-19	MODERADO	CONSUMO NOCIVO	ORIENTAÇÃO INTERVENÇÃO BREVE MONITORIZAÇÃO
20-40	ALTO	PROVÁVEL DEPENDÊNCIA	ENCAMINHAMENTO PARA CUIDADOS DE SAÚDE ESPECIALIZADOS

adaptado de Organización Mundial de la Salud - Babor, T.F. et al. (2001). *AUDIT – Cuestionario de Identificación de los Transtornos debidos al Consumo de Alcohol – Pautas para su utilización em Atención Primaria.*, Washington: Organización Panamericana de la Salud e Generalitat Valenciana (Trad. Espanhol)

Anexo E – SQR-20

TESTE 3: SRQ 20 - Self Report Questionnaire.

Teste que avalia o sofrimento mental. Por favor, leia estas instruções antes de preencher as questões abaixo. muito importante que todos que estão preenchendo o questionário sigam as mesmas instruções.

Instruções

Estas questões são relacionadas a certas dores e problemas que podem ter lhe incomodado nos últimos 30 dias. Se você acha que a questão se aplica a você e você teve o problema descrito nos últimos 30 dias responda SIM. Por outro lado, se a questão não se aplica a você e você não teve o problema nos últimos 30 dias, responda NÃO.

OBS: Lembre-se que o diagnóstico definitivo só pode ser fornecido por um profissional.

PERGUNTAS	RESPOSTAS	
1- Você tem dores de cabeça freqüente?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
2- Tem falta de apetite?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
3- Dorme mal?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
4- Assusta-se com facilidade?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
5- Tem tremores nas mãos?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
6- Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
7- Tem má digestão?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
8- Tem dificuldades de pensar com clareza?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
8- Tem dificuldades de pensar com clareza?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
9- Tem se sentido triste ultimamente?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
10- Tem chorado mais do que costume?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
11- Encontra dificuldades para realizar com satisfação Suas atividades diárias?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
12- Tem dificuldades para tomar decisões?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
13- Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa- sofrimento?)	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
15- Tem perdido o interesse pelas coisas?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
16- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
17- Tem tido idéia de acabar com a vida?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
18- Sente-se cansado (a) o tempo todo?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
19- Você se cansa com facilidade?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
20- Têm sensações desagradáveis no estomago?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>

RESULTADO

Se o resultado for ≥ 7 (maior ou igual a sete respostas SIM) está comprovado sofrimento mental

Apêndice A – Conteúdo programático do curso

Curso - Parte teórica: Saúde mental: acolhimento, identificação de problemas e transtornos mentais na atenção básica, acompanhamento e encaminhamento e práticas em saúde mental.

Carga Horária: 88 horas. Período: [12/02/2019 a 31/08/2019]

Proposta do curso:

- **Capítulo 1:** acolhimento (12 h). Período: [12/02/2019 a 04/03/2019]
 - Contextualizar o acolhimento no SUS
 - Discutir o acolhimento como uma estratégia de interferência nos processos de trabalho (fortalecimento do acesso e da inclusão, acolhimento para a rede na perspectiva da clínica ampliada e compartilhada e avaliação de situações de vulnerabilidade)
 - Discutir as dimensões do acolhimento (cuidado, encontro, escuta qualificada, construção de vínculos e avaliação de danos, riscos e vulnerabilidades) e o apoio ao protagonismo dos usuários e famílias
 - Discutir Efeitos do Acolhimento fragmentado nos processos de trabalho
 - Atividade: Discussão de caso voltado para o Acolhimento (cogestão do cuidado); discussão de estratégias e experiências de garantia do acolhimento a partir do território; discussão sobre o acolhimento resolutivo.
 - Avaliação: resposta de questionário referente ao tema estudado; participação nos fóruns; participação nos bate-papos e/ou webconferências; participação na realização de atividades em grupo.

- **Capítulo 2:** Identificação de problemas e transtornos mentais na atenção básica (8 h). Período: [04/03/2019 a 18/03/2019]
 - Identificar problemas e possíveis transtornos mentais na população atendida nos serviços básicos de saúde, utilizando instrumentos de rastreamento para transtornos mentais comuns, abuso do álcool e dependência do tabaco, risco de suicídio e demência.
 - Definição de caso: problemas e transtornos mentais
 - O exame do estado mental: funcionamento normal e sinais e sintomas dos transtornos mentais
 - Risco para transtornos mentais
 - Transtornos mentais comuns: depressão, ansiedade, somatização
 - Avaliação do risco de suicídio
 - Abuso do álcool e dependência do tabaco
 - Demência
 -
 - Avaliação: resposta de questionário referente ao tema estudado; participação nos fóruns; participação nos bate-papos e/ou webconferências; participação na realização de atividades em grupo.

- **Capítulo 3:** acompanhamento e encaminhamento (8h). Período: [18/03/2019 a 01/04/2019]
 - Dialogar sobre a proposta do matriciamento
 - Discutir o conceito de matriciamento
 - Discutir a organização das Unidades e Saúde e qual suporte estrutural e profissional para possibilitar a execução da proposta da capacitação.
 - Atividade: Descrição da organização do serviço de saúde ao qual o profissional participante está inserido e qual possibilidade de desenvolver atividades voltadas ao paciente com transtorno ou sofrimento mental.
 - Apresentar a rede de serviços em saúde mental.
 - Apontar os principais serviços especializados em saúde mental.
 - Atividade: Discussão sobre funcionamento da rede de atenção em Saúde mental no município do profissional participante do curso.
 - Avaliação: resposta de questionário referente ao tema estudado; participação nos fóruns; participação nos bate-papos e/ou webconferências; participação na realização de atividades em grupo.

- **Capítulo 4:** Práticas em Saúde Mental (20h). Período [01/04/2019 a 05/05/2019]
 - Discutir sobre a Interdisciplinaridade da prática em Saúde Mental.

- Atividade: Questionário referente ao tema estudado – 10 perguntas.
 - Capacitar o profissional para a construção e elaboração de Grupos e Oficinas Terapêuticas.
 - Apresentar modelos de grupos e oficinas terapêuticas
 - Atividade: Elaborar uma Oficina Terapêutica.
 - Dialogar sobre as práticas integrativas e complementares no tratamento de pacientes em sofrimento mental (BRASIL., 2015; LIMA, 2018)
 - Autocuidado
 - Arte terapia
 - Constelação Familiar
 - Hipnoterapia
 - Homeopatia
 - Auriculoterapia
 - Meditação
 - Musicoterapia
 - Fitoterapia
 - Terapia comunitária integrativa
 - Ioga
 - Prática contínua de exercícios físicos
 - Apresentar vídeos demonstrativos de técnicas integrativas.
 - Atividade: Questionário referente ao tema estudado – 10 perguntas.
 - Discutir sobre o uso adequado de medicações psicotrópicas no tratamento de pacientes em sofrimento mental.
 - Avaliação: resposta de questionário referente ao tema estudado; participação nos fóruns; participação nos bate-papos e/ou webconferências; participação na realização de atividades em grupo.
- **Capítulo 5: Avaliação inicial, agitação e agressividade (8h). Período: [05/05/2019 a 19/05/2019]**
 - Acolhimento inicial
 - Como abordar o paciente
 - Postura da equipe
 - O ambiente – mostrar o que deve ser priorizado e situações de risco
 - Sentimentos durante a entrevista – conceitos de contratransferência e empatia
 - O paciente de difícil manejo – elencar principais transtornos e personalidades relacionados.
 - Atividade – assistir a vídeo com exemplo de como abordar o paciente
 - Questionário referente ao tema estudado – 10 perguntas
 - Conceitos de agitação e agressividade
 - Manejo
 - Técnica da desescalada verbal
 - Contenção química – principais medicações utilizadas
 - Contenção física – mostrar protocolo
 - Atividade – vídeo mostrando como deve ser feita contenção mecânica
 - Avaliação: resposta de questionário referente ao tema estudado; participação nos fóruns; participação nos bate-papos e/ou webconferências; participação na realização de atividades em grupo.
- **Capítulo 6: Comportamento suicida e Delirium (8h). Período: [19/05/2019 a 03/06/2019]**
 - Conceitos de risco de suicídio, pensamento de morte, planejamento suicida
 - Avaliação do paciente com risco de suicídio
 - Fatores protetores e fatores de risco
 - Manejo
 - Como abordar paciente com risco de suicídio
 - Critérios de internação e de alta
 - Atividade: discutir sobre mitos e verdades a respeito do tema e Setembro amarelo
 - Delirium - Conceito e quadro clínico, principais causas, tratamento
 - Atividade: discutir sobre grupos de risco e critérios para encaminhamento para psiquiatria

- Avaliação: resposta de questionário referente ao tema estudado; participação nos fóruns; participação nos bate-papos e/ou webconferências; participação na realização de atividades em grupo.
-
- **Capítulo 7: Intoxicação e efeitos adversos graves de psicofármacos, emergências relacionadas ao uso de álcool e outras drogas (8h). Período: [03/06/2019 a 17/06/2019]**
 - Antidepressivos
 - Antidepressivos Tricíclicos - características clínicas e manejo na intoxicação
 - ISRS – síndrome serotoninérgica
 - Antipsicóticos
 - Síndrome extrapiramidal
 - Síndrome neuroléptica maligna
 - Distonia aguda
 - Acatisia
 - Discinesia tardia
 - Estabilizadores de humor
 - Carbonato de lítio – intoxicação por lítio
 - Benzodiazepínicos
 - Características clínicas
 - Antídoto
 - Atividade: elencar principais medicamentos utilizados pela saúde básica
 - Conceitos de dependência, abuso, tolerância, síndrome de abstinência e fissura
 - Álcool
 - Principais sintomas de intoxicação
 - Síndrome de abstinência
 - *Delirium Tremens*
 - Critérios de internação
 - Tratamento
 - Cocaína
 - Principais sintomas de intoxicação e de overdose
 - Tratamento
 - Crack
 - Principais sintomas de intoxicação
 - Tratamento
 - Maconha
 - Principais sintomas de intoxicação
 - Relação com sintomas psicóticos
 - Tratamento
 - Alucinógenos
 - Principais tipos
 - Principais sintomas de intoxicação
 - Tratamento
 - Contrarreferência
 - Quando apenas manter a medicação prescrita pelo especialista
 - Critérios para ajuste de dose da medicação
 - Critérios para encaminhamento ao psiquiatra
 - Critérios para internação
 - Atividade: leitura sobre a Política Nacional de Saúde Mental, álcool e outras Drogas do Ministério da saúde publicado em 2017.
 - Avaliação: resposta de questionário referente ao tema estudado; participação nos fóruns; participação nos bate-papos e/ou webconferências; participação na realização de atividades em grupo.
- **Capítulo 8: Transtornos psicóticos e transtornos de humor (8h). Período: [17/06/2019 a 01/07/2019]**
 - Conceitos de alucinação e delírio
 - Esquizofrenia - sintomas e diagnóstico diferencial
 - Manejo em caso de crise
 - Contrarreferência

- Quando apenas manter a medicação prescrita pelo especialista
 - Critérios para ajuste de dose da medicação
 - Critérios para encaminhamento ao psiquiatra
 - Critérios para internação
 - Atividade: assistir vídeo com cenas do filme Estamira
 - Conceitos de transtorno de humor
 - Mania
 - Hipomania
 - Depressão
 - Tratamento
 - Protocolo das medicações
 - Manejo não medicamentoso
 - Contrarreferência
 - Quando apenas manter a medicação prescrita pelo especialista
 - Critérios para ajuste de dose da medicação
 - Critérios para encaminhamento ao psiquiatra
 - Critérios para internação
 - Atividade: assistir ao filme “o Lado bom da Vida”
 - Avaliação: resposta de questionário referente ao tema estudado; participação nos fóruns; participação nos bate-papos e/ou webconferências; participação na realização de atividades em grupo.
- **Capítulo 9:** Transtornos ansiosos e dissociativos (8h). Período: [01/07/2019 a 15/07/2019]
 - Transtornos dissociativos: Características
 - Diagnóstico diferencial
 - Manejo
 - Contrarreferência
 - Quando apenas manter a medicação prescrita pelo especialista
 - Critérios para ajuste de dose da medicação
 - Critérios para encaminhamento ao psiquiatra
 - Critérios para internação
 - Atividade: avaliar como cada local costuma manejar estes casos
 - Conceitos dos principais transtornos ansiosos
 - Transtorno de ansiedade generalizada
 - Transtorno de pânico e ataques de pânico
 - Fobias
 - Transtorno de estresse pós-traumático
 - Tratamento na emergência
 - Contrarreferência
 - Quando apenas manter a medicação prescrita pelo especialista
 - Critérios para ajuste de dose da medicação
 - Critérios para encaminhamento ao psiquiatra
 - Critérios para internação
 - Atividade: leitura sobre os critérios de ataque de pânico no DSM 5
 - Avaliação: resposta de questionário referente ao tema estudado; participação nos fóruns; participação nos bate-papos e/ou webconferências; participação na realização de atividades em grupo.

Curso - Parte prática: escrita e execução do projeto de intervenção

Carga Horária: 64horas. Período: [01/08/2019 a 29/11/2019]

- **Capítulo 10:** Criação de projeto de intervenção com Grupos Terapêuticos em Saúde Mental no serviço de saúde no município do profissional participante do curso. (16h). Período: [01/08/2019 a 02/09/2019].
 - Avaliação: se dará através do envio de um arquivo contendo o projeto de intervenção a ser executado no município.

- **Capítulo 11:** Execução de projeto de intervenção com Grupos Terapêuticos em Saúde Mental no serviço de saúde no município do profissional participante do curso por um período de 3 meses sob a supervisão de psicólogos e psiquiatras lotados no Núcleo Telessaúde do Estado do Tocantins. (48h). Período: [02/09/2019 a 29/11/2019]
 - Avaliação: se dará através do acompanhamento da execução das atividades previstas e envio de relatório final com descrição das atividades.

Apêndice B – Avaliação Geral do curso (apenas pós curso)

Descrição das opções de resposta				
1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo, nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

Plataforma/ferramenta tecnológica		Resposta				
1.	Tive dificuldades no acesso ao Ambiente Virtual e na mudança de uma plataforma (<i>Moodle</i>) para outra (<i>Telessaude</i>)	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
2.	Precisei de auxílio para me cadastrar e acessar a plataforma	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
3.	Consegui acessar com facilidade os materiais didáticos do curso, o subgrupo do meu município e os fóruns de discussão	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
4.	Os recursos tecnológicos (plataforma, fóruns, webconferências etc) utilizados no curso são adequados e suficientes	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
Conteúdo/ Aprendizagem						
5.	As informações explicativas na página inicial do curso são claras e suficientes					
6.	O conteúdo do curso contemplou aquilo que eu esperava					
7.	Os materiais didáticos são elaborados de forma clara e compreensível, promovendo a autonomia do aluno					
8.	Os questionários e avaliações de cada módulo estavam adequados de acordo com o conteúdo estudado	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
9.	Sempre que tenho dúvidas na minha prática profissional, retorno ao material do curso para buscar suporte	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
10.	Fiz o download da apostila do curso (parte teórica)	S ()			N ()	
11.	Acredito que outros assuntos poderiam ter sido abordados durante o curso - Quais?	S ()			N ()	
12.	A Carga horária do curso é adequada. - Caso não seja, qual sugestão de carga horária do curso?	S ()			N ()	
13.	O período total do curso (fevereiro a dezembro) é adequado - Caso não seja, qual sugestão de tempo de duração do curso?	S ()			N ()	
Suporte/apoio						
14.	Recebi suporte adequado aos questionamentos e dúvidas que surgiram durante o curso					
15.	Senti-me apoiado pelos moderadores e tutores nos fóruns de discussão	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
16.	A webconferência é uma ferramenta que melhora a qualidade do curso	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
17.	Acredito que outras ferramentas poderiam ser utilizadas para tornar o curso mais dinâmico. - Quais?	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
	Elenque as vantagens de um curso <i>online</i> teórico e prático, em detrimento de um curso apenas teórico.					

Apêndice C – Avaliação do Impacto em Profundidade

Prezado(a) Participante,

Com objetivo de avaliar o impacto na dimensão profundidade do programa de capacitação e acompanhamento em saúde mental, pedimos que os participantes do curso respondam ao questionário abaixo.

Leiam atentamente os conteúdos das afirmativas abaixo e avalie o quanto cada uma delas descreve o que você pensa a respeito do impacto do curso que participou, escolhendo as opções de 0 a 5, conforme descritas abaixo. Considere o período total do curso, que inclui a parte teórica e a parte prática.

Descrição das opções de resposta					
0	1	2	3	4	5
Não se aplica	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo, nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

Itens	Resposta	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
1	O acolhimento é uma estratégia de fortalecimento do acesso e da inclusão, da clínica ampliada e compartilhada e da avaliação de situações de vulnerabilidade						
2	Minha atuação é baseado nas dimensões do acolhimento Quais dimensões do acolhimento? _____						
3	Constantemente consigo identificar problemas e possíveis transtornos mentais na população atendida onde trabalho						
4	Tenho dúvidas sobre os diagnósticos em casos que indicam algum tipo de transtorno mental						
5	Em casos de pacientes com transtorno mental utilizo um roteiro específico para identificação de problemas Qual? _____						
6	No meu trabalho, utilizo as ferramentas do matriciamento para o acompanhamento de pacientes com transtornos mentais						
7	O meu ambiente de trabalho possui estrutura para acolhimento e acompanhamento de pessoas em sofrimento mental ou com transtornos mentais leves, moderados e graves						
8	O meu ambiente de trabalho possui profissionais suficientes para acolhimento e acompanhamento de pessoas em sofrimento mental ou com transtornos mentais leves, moderados e graves						
9	Conheço os diversos serviços que fazem parte da rede de saúde mental Quais? _____						
10	Quando surgem demandas de saúde mental realizo ou sugiro encaminhamentos para os serviços especializados						
11	Minha atuação é baseada na integralidade da atenção e cuidado à saúde						
12	Onde atuo é comum o trabalho em equipes com diferentes profissionais para o acompanhamento de pacientes com transtornos mentais						
13	No meu trabalho são realizadas atividades específicas com grupos de pessoas em sofrimento mental Quais atividades? _____						
14	A construção de grupos e oficinas terapêuticas para pacientes com transtornos mentais pode se tornar uma estratégia de cuidado						

15	Conheço algumas práticas alternativas e complementares para o tratamento de transtornos mentais Quais? _____	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
16	Sempre que recebo um paciente com transtorno mental que faz uso de medicação, reavalio a necessidade da continuidade deste medicamento	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
17	Em meu local de trabalho recebo com frequência demandas de saúde mental	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
18	Tenho experiência para lidar com pessoas que estão em situação de sofrimento mental	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
19	Tenho capacitação para lidar com pessoas com transtornos mentais leves, moderados e severos	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
20	A equipe com a qual trabalho está preparada para lidar com pacientes em situação de crise	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
21	Tenho experiência para lidar com pessoas em situação de crise	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
22	Tenho capacitação para lidar com pessoas em situação de crise	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
23	Em meu trabalho utilizo com frequência contenção química e física em situações de crise com pacientes com transtornos mentais	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
24	Reconheço e avalio com frequência pacientes com risco de suicídio	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
25	Tenho capacitação para lidar com o manejo de pacientes com risco de suicídio	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
26	Reconheço e avalio com frequência pacientes em estado de confusão mental	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
27	Tenho capacitação para lidar com o manejo de pacientes em estado de confusão mental	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
28	Sempre que possível evito sugerir ou prescrever medicação para pacientes em situação de sofrimento mental leve, direciono tal sugestão e/ou prescrição aos quadros graves.	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
29	Sempre informo aos pacientes os efeitos adversos de medicações antidepressivas, antipsicóticas, estabilizadoras do humor e benzodiazepínicas	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
30	Reconheço e avalio com frequência pacientes em situação de intoxicação por abuso de álcool e/ou drogas	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
31	Tenho capacitação para lidar com o manejo de pacientes em estado de intoxicação por abuso de álcool e/ou drogas	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
32	Reconheço e avalio com frequência pacientes com quadros esquizofrênicos	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
33	No local onde trabalho, os casos de pacientes com esquizofrenia são discutidos com a equipe e recebem, além do encaminhamento para serviços especializados, o acompanhamento na Unidade de saúde	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
34	Tenho capacitação para lidar com o manejo de pacientes esquizofrênicos em situação de crise	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
35	Reconheço e avalio com frequência pacientes com quadros de mania, hipomania ou depressão	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
36	Em caso e pacientes com mania, hipomania ou depressão realizo/sugiro a cada consulta a reavaliação da dose e do uso da medicação, da necessidade de internação ou encaminhamento ao psiquiatra	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
37	Reconheço e avalio com frequência pacientes com transtorno dissociativo	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
38	Em caso e pacientes com transtorno dissociativo avalio critérios para ajuste da dose da medicação, para	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()

	encaminhamento ao psiquiatra e para necessidade de internação						
39	Reconheço e avalio com frequência pacientes com transtornos ansiosos, conseguindo identificar os principais transtornos: de ansiedade generalizada, de pânico e ataques de pânico, fobias e transtorno de estresse pós-traumático	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
40	Em caso e pacientes com transtornos ansiosos avalio critérios para ajuste da dose da medicação, para encaminhamento ao psiquiatra e para necessidade de internação	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()

Pergunta aberta (pré curso): Descreva suas expectativas com relação ao curso de capacitação em saúde mental:

Pergunta aberta (pós curso): Descreva suas percepções com relação ao curso de capacitação em saúde mental:

Apêndice D – Levantamento dos objetivos do curso e construção de itens para compor o questionário

Curso de capacitação em saúde mental	
Objetivos de aprendizagem	Pergunta relacionada
Capítulo 1: acolhimento	
Compreender a importância do acolhimento como uma estratégia de interferência nos processos de trabalho	O acolhimento é uma estratégia de fortalecimento do acesso e da inclusão, da clínica ampliada e compartilhada e da avaliação de situações de vulnerabilidade.
Discutir as dimensões do acolhimento (cuidado, encontro, escuta qualificada, construção de vínculos e avaliação de danos, riscos e vulnerabilidades) e o apoio ao protagonismo dos usuários e famílias	Minha atuação é baseada nas dimensões do acolhimento Quais dimensões do acolhimento? _____
Capítulo 2: Identificação de problemas e transtornos mentais na atenção básica	
Identificar problemas e possíveis transtornos mentais na população atendida nos serviços básicos de saúde, utilizando instrumentos de rastreamento para transtornos mentais comuns, abuso do álcool e dependência do tabaco, risco de suicídio e demência.	Constantemente consigo identificar problemas e possíveis transtornos mentais na população atendida onde trabalho Tenho dúvidas sobre os diagnósticos em casos que indicam algum tipo de transtorno mental Em casos de pacientes com transtorno mental utilizo um roteiro específico para identificação de problemas Qual? _____
Capítulo 3: Acompanhamento e encaminhamento	
Conceituar e discutir sobre matriciamento	No meu trabalho, utilizo as ferramentas do matriciamento para o acompanhamento de pacientes com transtornos mentais
Discutir sobre o suporte estrutural e profissional dos serviços de saúde	O meu ambiente de trabalho possui estrutura para acolhimento e acompanhamento de pessoas em sofrimento mental ou com transtornos mentais leves, moderados e graves O meu ambiente de trabalho possui profissionais suficientes para acolhimento e acompanhamento de pessoas em sofrimento mental ou com transtornos mentais leves, moderados e graves
Discutir sobre a rede de serviços em saúde mental	Conheço os diversos serviços que fazem parte da rede de saúde mental Quais? _____ Quando surgem demandas de saúde mental realizo ou sugiro encaminhamentos para os serviços especializados
Capítulo 4: Práticas em Saúde mental	
Discutir sobre a Interdisciplinaridade da prática em Saúde Mental.	Minha atuação é baseada na integralidade da atenção e cuidado à saúde Onde atuo é comum o trabalho em equipes com diferentes profissionais para o acompanhamento de pacientes com transtornos mentais
Capacitar o profissional para a construção e elaboração de Grupos e Oficinas Terapêuticas.	No meu trabalho são realizadas atividades específicas com grupos de pessoas em sofrimento mental Quais atividades? _____ A construção de grupos e oficinas terapêuticas para pacientes com transtornos mentais pode se tornar uma estratégia de cuidado

Dialogar sobre as práticas integrativas e complementares no tratamento de pacientes em sofrimento mental.	Conheço algumas práticas alternativas e complementares para o tratamento de transtornos mentais Quais? _____
Discutir sobre o uso adequado de medicações psicotrópicas no tratamento de pacientes com transtorno mental	Sempre que recebo um paciente com transtorno mental que faz uso de medicação, reavalio a necessidade da continuidade deste medicamento
Capítulo 5: Avaliação Inicial, agitação e agressividade	
Discutir sobre avaliação inicial, abordagem e manejo com paciente e postura da equipe	Em meu local de trabalho recebo com frequência demandas de saúde mental Tenho experiência para lidar com pessoas que estão em situação de sofrimento mental Tenho capacitação para lidar com pessoas com transtornos mentais leves, moderados e severos A equipe com a qual trabalho está preparada para lidar com pacientes em situação de crise
Apresentar técnicas para o manejo em situações de agitação e agressividade	Tenho experiência para lidar com pessoas em situação de crise Tenho capacitação para lidar com pessoas em situação de crise Em meu trabalho utilizo com frequência contenção química e física em situações de crise com pacientes com transtornos mentais
Capítulo 6: Comportamento suicida e Delirium	
Discutir sobre Conceitos de risco de suicídio, pensamento de morte, planejamento suicida Avaliar o manejo de paciente com risco de suicídio, bem como fatores de proteção e de risco	Reconheço e avalio com frequência pacientes com risco de suicídio Tenho capacitação para lidar com o manejo de pacientes com risco de suicídio
Conceito e quadro clínico, principais causas e tratamento do delirium Tratamento	Reconheço e avalio com frequência pacientes em estado de confusão mental Tenho capacitação para lidar com o manejo de pacientes em estado de confusão mental
Capítulo 7: Intoxicação e efeitos adversos graves de psicofármacos	
Intoxicação e efeitos adversos de antidepressivos, antipsicóticos, estabilizadores do humor e benzodiazepínicos	Sempre que possível evito sugerir ou prescrever medicação para pacientes em situação de sofrimento mental leve, direciono tal sugestão e/ou prescrição aos quadros graves. Sempre informo aos pacientes os efeitos adversos de medicações antidepressivas, antipsicóticas, estabilizadoras do humor e benzodiazepínicas
Conceitos de dependência, abuso, tolerância, síndrome de abstinência e fissura Principais sintomas de intoxicação do álcool, cocaína, crack, maconha e alucinógenos	Reconheço e avalio com frequência pacientes em situação de intoxicação por abuso de álcool e/ou drogas Tenho capacitação para lidar com o manejo de pacientes em estado de intoxicação por abuso de álcool e/ou drogas
Capítulo 8: Transtornos psicóticos e de humor	
Conceituar de alucinação e delírio	Reconheço e avalio com frequência pacientes com quadros esquizofrênicos

<p>Discutir sobre manejo em caso de crise e sintomas e diagnóstico diferencial da esquizofrenia e a contrarreferência</p>	<p>No local onde trabalho, os casos de pacientes com esquizofrenia são discutidos com a equipe e recebem, além do encaminhamento para serviços especializados, o acompanhamento na Unidade de saúde</p> <p>Tenho capacitação para lidar com o manejo de pacientes esquizofrênicos em situação de crise</p>
<p>Conceituar mania, hipomania e depressão e suas formas de tratamento</p>	<p>Reconheço e avalio com frequência pacientes com quadros de mania, hipomania ou depressão</p> <p>Em caso e pacientes com mania, hipomania ou depressão realizo/sugiro a cada consulta a reavaliação da dose e do uso da medicação, da necessidade de internação ou encaminhamento ao psiquiatra</p>
<p>Capítulo 9: Transtornos dissociativos e transtornos ansiosos</p>	
<p>Discutir sobre características, diagnóstico diferencial, manejo, tratamento e contrarreferência em pacientes com transtorno dissociativo</p>	<p>Reconheço e avalio com frequência pacientes com transtorno dissociativo</p> <p>Em caso e pacientes com transtorno dissociativo avalio critérios para ajuste da dose da medicação, para encaminhamento ao psiquiatra e para necessidade de internação</p>
<p>Conceituar os principais transtornos: de ansiedade generalizada, de pânico e ataques de pânico, fobias e transtorno de estresse pós-traumático</p> <p>Discutir sobre características, manejo, tratamento e contrarreferência em pacientes com transtornos ansiosos</p>	<p>Reconheço e avalio com frequência pacientes com transtornos ansiosos, conseguindo identificar os principais transtornos: de ansiedade generalizada, de pânico e ataques de pânico, fobias e transtorno de estresse pós-traumático</p> <p>Em caso e pacientes com transtornos ansiosos avalio critérios para ajuste da dose da medicação, para encaminhamento ao psiquiatra e para necessidade de internação</p>

Fonte: Elaborado pela autora, com base em Abbad et al. (2012).

Apêndice E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa “**Implantação e Avaliação de Programa de Capacitação e Acompanhamento em Saúde Mental**”, sob a responsabilidade da pesquisadora Joyce Duailibe Laignier Barbosa Santos, vinculada ao Programa de Pós Graduação em Ensino em Ciência e Saúde, da Universidade Federal do Tocantins (UFT). Este estudo tem como objetivo implantar e avaliar um programa de capacitação e acompanhamento em saúde mental, voltado para médicos, enfermeiros, psicólogos e outros profissionais da saúde

Sua participação é voluntária e se dará por meio das respostas de dois questionários que avaliarão o impacto do curso em saúde mental, e serão disponibilizados na plataforma *Moodle*. O primeiro questionário terá duração média de respostas de 20-30 minutos e será disponibilizado antes do início do curso. O mesmo questionário será disponibilizado novamente ao final do curso, com duração média de respostas de 20-30 minutos, junto com o segundo questionário que terá duração média de respostas de 7-10 minutos. O participante poderá responder no local e horário que for mais adequado. Caso a participação gere algum tipo de constrangimento você não precisará participar.

Se você aceitar participar, estará contribuindo para a avaliação do impacto do curso de capacitação; para o desenvolvimento de conhecimentos sobre saúde mental, disponibilizado por meio do curso; e para a criação de oficinas e grupos terapêuticos voltados às questões de saúde mental.

Os riscos de sua participação na pesquisa são a possível sensação de estresse ou cansaço durante a participação do curso e/ou do questionário. Para minimizar esses riscos, o participante terá liberdade de responder no local e horário que lhe for mais adequado. Outro risco está relacionado ao estímulo a condições, sensações ou sentimentos relacionados aos transtornos mentais. Em caso de necessidade, o pesquisador providenciará atendimento adequado. Outro risco refere-se ao sentimento de estar sendo avaliado por tratar de questões referentes ao ambiente de trabalho e à atuação do profissional participante e à possibilidade da quebra de sigilo não intencional. Para evitar esses riscos, apenas os responsáveis pela pesquisa terão acesso aos dados coletados, minimizando a exposição de informações. Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você terá direito a indenização.

Os resultados da pesquisa serão divulgados aos participantes e às instituições envolvidas garantindo o seu completo anonimato. As informações divulgadas serão fruto da soma de todas as respostas obtidas através dos questionários e nunca apenas informações individualizadas.

A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. Se depois de consentir em sua participação o Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo.

Para obtenção de qualquer tipo de informação, esclarecimentos, ou críticas, em qualquer fase do estudo, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisador responsável no endereço da Universidade Federal do Tocantins - Quadra 109 Norte, Av. Ns 15, ALCNO 14, Prédio da Prefeitura Universitária, CEP-UFT 77001-090 - Palmas/TO; ou pelo telefone (63) 984395636, ou email: euduailibe@gmail.com. Em caso de dúvidas quanto aos aspectos éticos da pesquisa o(a) Sr (a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFT. O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) é composto por um grupo de pessoas que estão trabalhando para garantir que seus direitos como participante de pesquisa sejam respeitados. Ele tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de forma ética. Se você achar que a pesquisa não está sendo realizada da forma como você imaginou ou que está sendo prejudicado de alguma forma, você pode entrar em contato com o CEP da Universidade Federal do Tocantins pelo telefone 63 3229 4023, pelo email: cep_uft@uft.edu.br, ou Quadra 109 Norte, Av. Ns 15, ALCNO 14, Prédio da Prefeitura Universitária, CEP-UFT 77001-090 - Palmas/TO. O (A) Sr. (a) pode inclusive fazer a reclamação sem se identificar, se preferir. O horário de atendimento do CEP é de segunda e terça das 14 as 17 horas e quarta e quinta das 9 as 12 horas.

Este documento será disponibilizado de forma digital em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo participante.

Eu, _____, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não receberei nenhum tipo de compensação financeira pela minha participação neste estudo e que posso sair quando quiser.

_____, _____, de _____ de _____

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do pesquisador responsável