



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS I - CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
CURSO DE ENFERMAGEM**

**CRISTIANA DA SILVA OLIVEIRA**

**ATENÇÃO A USUÁRIOS COM TRANSTORNO MENTAL NA ESTRATÉGICA  
SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM ESTADO DO NORDESTE**

**CAMPINA GRANDE – PARAÍBA,**

**2016.**

**CRISTIANA DA SILVA OLIVEIRA**

**ATENÇÃO A USUÁRIOS COM TRANSTORNO MENTAL NA ESTRATÉGIA  
SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM ESTADO DO NORDESTE**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora:

Profa. Dra. Ardigleusa Alves Coêlho.

CAMPINA GRANDE – PARAÍBA,

2016.

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

O48a Oliveira, Cristiana da Silva.  
Atenção a usuários com transtorno mental na Estratégica Saúde da Família em um estado do Nordeste [manuscrito] / Cristiana da Silva Oliveira. - 2016.  
27 p. : il.

Digitado.  
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2016.  
"Orientação: Profa. Dra. Ardigleusa Alves Coêlho, Departamento de Enfermagem".

1. Atenção primária à saúde. 2. Estratégia Saúde da Família.  
3. Transtorno mental. I. Título.

21. ed. CDD 362.25

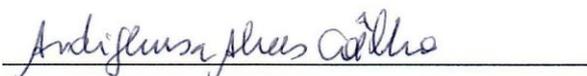
CRISTIANA DA SILVA OLIVEIRA

**ATENÇÃO A USUÁRIOS COM TRANSTORNO MENTAL NA ESTRATÉGIA  
SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM ESTADO DO NORDESTE**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)  
apresentado ao Curso de Enfermagem da  
Universidade Estadual da Paraíba, como  
requisito para obtenção do título de  
Bacharel em Enfermagem.

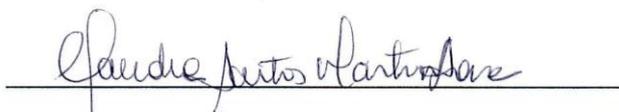
Aprovada em: 06/12/2016.

BANCA EXAMINADORA



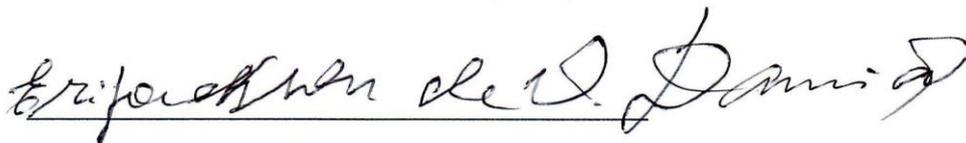
Profa. Dra. Ardigleusa Alves Coêlho (Orientadora)

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profa. Dra. Cláudia Santos Martiniano Sousa (Examinadora)

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Esp. Erijackson de Oliveira Damião (Examinador)

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Aos meus pais, Paulo e Joelma, que ultrapassaram barreiras para tornar possível minha educação e por incentivarem meu crescimento profissional, e a Kim, companheiro de todas as horas.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço ao meu pai, Paulo Roberto, e minha mãe, Joelma, por todo o incentivo e dedicação desde os meus primeiros passos rumo ao conhecimento e até este momento.

À minha irmã Patrícia, meu irmão Daniel e aos meus primos, que de forma direta ou indireta contribuíram durante os anos de formação e me deram apoio quando eu mais precisava.

Aos meus amigos, em especial à Karol Moraes, que esteve ao meu lado e viveu comigo cada fase ao longo desses anos e nesse período final. A amizade me motiva a ir mais longe.

Agradeço especialmente ao meu namorado, Kim Patrice, que nunca deixou de acreditar em mim, apoiou-me e me incentivou a seguir em frente. Obrigada por todo o amor e dedicação. Sem você eu não teria conseguido chegar até aqui.

Agradeço à minha orientadora, Ardigleusa Alves Coêlho, por ter me ajudado e me guiado no decorrer deste trabalho, me dando todo o suporte necessário. Obrigada por todo o apoio e dedicação.

“No fundo, não descobrimos no doente mental nada de novo ou desconhecido: encontramos nele as bases de nossa própria natureza”.

*Carl Jung*

## SUMÁRIO

1. Introdução .....	08
2. Método .....	12
2.1. Tipo de estudo .....	12
2.2. Cenário da pesquisa .....	12
2.3. População e amostra .....	12
2.4. Instrumentos de medida e fontes de dados .....	13
2.5. Análise dos dados .....	15
2.6. Aspectos éticos .....	15
3. Resultados e discussão .....	16
4. Conclusão .....	22
5. Referências	
6. Anexos	

# ATENÇÃO A USUÁRIOS COM TRANSTORNO MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM ESTADO DO NORDESTE

Cristiana da Silva Oliveira<sup>1\*</sup>

## Resumo

Objetivou-se descrever a Atenção Primária a usuários em sofrimento psíquico na Estratégia Saúde da Família no estado da Paraíba. Trata-se de um estudo transversal, que utilizou de dados do banco de Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade, Brasil, 2013. A amostra foi constituída de 1042 profissionais de equipes da Paraíba. Recorreu-se ao teste qui-quadrado de proporções para verificar diferenças entre as macrorregiões na atenção ao usuário em sofrimento psíquico. Observa-se que 44% das equipes estavam concentradas na macrorregião de João Pessoa; 96% dos entrevistados eram enfermeiros. No total das equipes, 41,7% registram a história de vida do usuário. 16,9% dessas equipes ofertam algum tipo de atendimento em grupo. 72,3% de equipes referem atendimento no NASF ou outro apoio matricial; e 10% não realizam nenhuma estratégia específica para cuidar de usuários em sofrimento psíquico. 27,5% ofertam ações para usuário com necessidades decorrentes do uso drogas e 54,4% ofertam ações para usuários em uso crônico de drogas psicoativas. Apenas 29,9% do total referem preparação para atendimento dos usuários em sofrimento psíquico. No que se refere ao agendamento de consultas, 67,1% realizam atendimentos em qualquer dia da semana, em qualquer horário. Evidenciou-se que a atenção a usuário em sofrimento psíquico vem sendo realizada pelas equipes de atenção básica, porém com diferenças entre as macrorregiões na organização do cuidado e fragilidades na atenção, principalmente na preparação da equipe. Faz-se necessário a implementação de novas estratégias e ações que garantam a melhoria dos serviços à saúde para atenção desses usuários.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família, Transtorno Mental.

<sup>1</sup> \*Aluna de Graduação em Enfermagem na Universidade Estadual da Paraíba - Campus I.

## 1. INTRODUÇÃO

Nos últimos 50 anos, observou-se que à medida que a população mundial cresceu o número de casos de pacientes com perturbações mentais aumentou. Tornando os transtornos mentais um problema de saúde pública de expansão mundial (GAMA, 2009).

As perturbações mentais afetam centenas de milhões de pessoas e, se não tratadas, cobram um enorme preço em termos de sofrimento, invalidez e perda econômica. Apesar das possibilidades existentes de tratar distúrbios mentais com sucesso, apenas uma pequena minoria daqueles que o necessitam recebem o tratamento mais básico. Fator este que poderia ser revertido se recebesse a atenção necessária. A Integração dos serviços de saúde mental à atenção primária é a maneira mais viável de cobrir o *déficit* de tratamento e assegurar que as pessoas recebam os cuidados de saúde mental que necessitam (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

Os cuidados primários para a saúde mental são acessíveis em termos de preço e, investimentos nesta área, podem trazer benefícios importantes. Além disso, a atenção em saúde mental no âmbito de cuidados primários minimiza o estigma, a discriminação e eliminam o risco das violações de direitos humanos que ocorrem em hospitais psiquiátricos. No entanto, o acesso a cuidados primários em saúde mental ainda não é realidade na maioria dos países em função da falta de apoio político, gestão inadequada, serviços de saúde sobrecarregados e, por vezes, resistência por parte dos responsáveis pela formulação de políticas e dos profissionais de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

A Declaração de Caracas recomenda a reestruturação da atenção psiquiátrica articulada à Atenção Primária à Saúde como forma de possibilitar a promoção de modelos alternativos centrados na comunidade e nas redes sociais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1990).

A Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica (AB) (comumente designada no Brasil) possibilita o primeiro acesso das pessoas ao sistema de Saúde (STARFIELD, 2004), inclusive daquelas que demandam um cuidado em saúde mental (BRASIL, 2013). No Brasil, um em cada três usuários atendidos na Estratégia

de Saúde da Família apresenta algum tipo de transtorno mental de grau variável e 90% dessas pessoas não recebem tratamento adequado (GAMA, 2009).

Neste ponto de atenção, as ações são desenvolvidas em um território geograficamente conhecido, possibilitando aos profissionais de saúde uma proximidade para conhecer a história de vida das pessoas e de seus vínculos com a região onde moram, bem como outros elementos dos seus contextos de vida (TRINO *et al*, 2013).

Cabe destacar que Atenção Primária à Saúde vem sendo construída ao longo de várias décadas, tendo como marco inicial a Conferência Internacional de Alma-Ata sobre cuidados primários em saúde que reconheceu a saúde como direito humano fundamental e, que a conquista do mais alto nível possível de saúde, é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer intervenções de setores socioeconômicos, além do setor saúde dos diversos países, visto que esses setores juntos contribuem para o completo bem-estar do indivíduo (ALMA-ATA, 1978).

Nesse sentido, a APS deve ser a base de constituição dos sistemas nacionais de saúde de modo a produzir melhorias sustentáveis e maior equidade no estado de saúde da população (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2007).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) ao incorporar os princípios da Reforma Sanitária, possibilitou a reorientação do modelo de atenção, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde (BRASIL, 1990), de forma a assegurar o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde a partir das portas de entrada e se complementando em uma rede regionalizada e hierarquizada em todo território nacional (BRASIL, 2011).

Cabe mencionar que a discussão sobre a regionalização da saúde esteve presente na pauta da política de saúde nas entre os anos de 1970 a 1990. Com a publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), em 2001, os gestores passaram a trabalhar com base na organização da divisão territorial em regiões de saúde (BRASIL, 2001).

No entanto, somente em 2011, com a regulamentação da Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, para dispor a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, através decreto de Nº 7.508, de 28 de junho, foi possível a organização das ações e serviços de saúde de forma regionalizada e hierarquizada. E, para efeitos deste decreto, considera-se como Região de Saúde:

O espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (Decreto 7.508/2011, Art. 2, parágrafo 1).

Particularmente na Paraíba, no que se refere à organização da assistência à saúde, desde 2002, o território estadual está dividido em 04 macrorregiões de saúde: Sousa, Patos, Campina Grande e João Pessoa (COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE, 2008).

Entre as ações e serviços minimamente necessários, a institucionalização de uma região de saúde encontra-se a atenção psicossocial. Os serviços de atenção psicossocial constituem portas de entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde que integram uma Região de Saúde (BRASIL, 2011).

As redes de atenção constituem pontos de atenção para o acesso de usuários a ações e serviços de saúde. A sua organização caracteriza-se com uma estratégia de proporcionar a assistência à saúde de forma integral e voltada às necessidades de saúde da população. Nesse sentido, em 2011, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (BRASIL, 2011, 2013), com a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

A RAPS é constituída pelos seguintes componentes: Atenção Primária à Saúde, Atenção Psicossocial Estratégica, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Estratégias de Reabilitação Psicossocial (BRASIL, 2015).

No componente, Atenção Primária à Saúde da RAPS, as unidades básicas de saúde são elencadas como um dos pontos de atenção, o que torna a Estratégia Saúde da Família, enquanto serviço de atenção primária, a principal porta de entrada do usuário à rede de serviços de saúde e centro de comunicação com a Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012).

A Estratégia Saúde da Família por ser prioritária para expansão e consolidação da atenção básica deve atuar buscando assegurar o cuidado do indivíduo e da sua família na prevenção de doenças, na realização de ações dirigidas aos problemas da comunidade sob sua responsabilidade. Além de buscar a

integração com instituições e organizações sociais para desenvolvimento de parcerias, tornando-se assim um espaço para cuidado amplo e construção de cidadania (BRASIL, 2012).

Apesar do processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família possibilitar o conhecimento das pessoas do seu território e de sua realidade local, no contexto da saúde mental, a proximidade das equipes com as famílias e comunidades torna possível a realização de ações de promoção à saúde mental que possibilitem a ressocialização de usuários com sofrimento psíquico, considerando a singularidade das pessoas e protagonismo das equipes na ruptura do modelo tradicional de atenção centrado na institucionalização e nos tratamentos medicamentosos severos (GOMES, 2016).

No cotidiano da maioria das equipes da Estratégia Saúde da Família, observa-se que o usuário com sofrimento psíquico não tem relações de vínculos com essas equipes, o que impossibilita o aprofundamento e corresponsabilização das equipes pela saúde desse usuário (GOMES, 2016).

Diante do exposto, tornou-se relevante a realização de um estudo para responder ao seguinte questionamento: como são atendidos os usuários com sofrimento psíquico pela Estratégia Saúde da Família no estado da Paraíba? Portanto, pretende-se descrever a Atenção Primária a usuários em sofrimento psíquico na estratégia de saúde da família no estado da Paraíba.

## 2. MÉTODO

### 2.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo transversal, que utilizou de dados secundários oriundos do banco da fase de Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) realizada no Brasil, 2013.

### 2.2. Cenário da pesquisa

A adesão ao ciclo 2 do PMAQ foi de 38.396 equipes de Atenção Básica (EAB) (BRASIL, 2013a), distribuídas nos 5.211 (95,5%) do total dos municípios brasileiros. Porém, apenas 29.778 equipes tiveram seus questionários validados no banco de dados do Ministério da Saúde. Na Paraíba, foram validados questionários de 1.197 equipes distribuídas nos 223 municípios.

De acordo com a Secretaria Estadual de Saúde (Quadro 1), cada macrorregião é composta por um determinado número de municípios agrupados de acordo com as características demográficas, socioeconômicas, sanitárias, epidemiológicas, de acessibilidade e de oferta de serviços de saúde (BRANDÃO et al, 2012).

**Quadro 1: Síntese organização do Plano Diretor de Regionalização/PB, 2008**

Macrorregião de saúde	Número de regiões de saúde	Número de municípios nas regiões de saúde	Percentual de municípios (%)	População em número absoluto	Percentual da população (%)
João Pessoa	07	65	29,14	1.732.585	47,81
Campina Grande	08	70	31,40	1.025.343	28,3
Patos	05	48	21,52	434.858	12,02
Sousa	05	40	17,94	430.429	11,87
Total geral	25	223	100	3.623.215	100

Fonte: Análise da organização da rede de saúde da Paraíba a partir do modelo de regionalização, 2012.

### 2.3. População e amostra

A população do estudo foi constituída de profissionais vinculados à equipes de Atenção Básica com adesão ao PMAQ, sendo eles médicos, enfermeiros e

dentistas. A amostra foi constituída por profissional das equipes com adesão ao PMAQ no estado da Paraíba, sendo selecionado um profissional em cada equipe para participar da avaliação externa na qualidade de respondente, perfazendo um total de 1.197 profissionais.

O critério de inclusão para seleção dos respondentes nesse estudo foi atuar em equipes que referiram atendimento ao usuário em sofrimento psíquico. Do total de questionários aplicados na Paraíba, 155 não atenderam ao critério de inclusão e foram excluídos do estudo. Desse modo, a amostra foi constituída por 1.042 profissionais.

#### 2.4. Instrumentos de medida e fontes de dados

Os dados primários foram coletados através de questionário contendo perguntas fechadas disponibilizados em *tablets*, aplicados por entrevistadores submetidos a treinamento e sob supervisão. Depois de aplicados, os questionários eram enviados *on-line* ao sistema do Ministério da Saúde, acessados e validados pelas Instituições de Ensino Superior (IES) segundo um protocolo de análise da consistência e validação dos dados coletados através do *soft* validador *on-line* do PMAQ-AB (VALENTIM, et al, 2013). Para este estudo, para análise dos dados, foi incluída a caracterização dos respondentes e duas dimensões do questionário Módulo II – Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde da Avaliação Externa do PMAQ-AB 2º ciclo (BRASIL, 2013b).

No Quadro 2 estão descritas as variáveis selecionadas para descrição da atenção ao usuário com sofrimento psíquico por dimensão e suas características.

Quadro 2 – Definição, categorias/descrição do agrupamento e origem das variáveis selecionadas para o estudo, Brasil, 2013.

<i>Variável</i>	<i>Definição</i>	<i>Categorias/Descrição do agrupamento</i>	<i>Origem</i>
<b>DIMENSÃO CARACTERIZAÇÃO</b>			
V1	Profissão	1 – Médico 2 – Enfermeiro 3 – Cirurgião Dentista	II.3.3
V2	Qual o tipo desta equipe?	1 – ESF com saúde bucal 2 – ESF sem saúde bucal 3 – Equipe Atenção Básica	II.4.1

		(parametrizada) com saúde bucal 4 – Equipe Atenção Básica (parametrizada) sem saúde bucal 5 – Outros 999 – Não sabe/Não respondeu	
<b>DIMENSÃO - Atenção ao usuário em sofrimento psíquico</b>			II.23
V3	A equipe atende pessoas em sofrimento psíquico?	Sim Não	II.23.1
	Como são agendadas as consultas para pessoas em sofrimento psíquico?	1 – Em qualquer dia da semana, em qualquer horário	
		2 – Em qualquer dia da semana, em horários específicos	
		3 – Dias específicos fixos, em qualquer horário	II.23.2
		4 - Dias específicos fixos, em horários específicos	
		5 – Outro (s)	
		998 – Não se aplica	
V4	A equipe utiliza alguma estratégia específica para cuidar destes casos:		II.23.4
V4.1	Consulta específica com tempo maior	Sim Não 998 – Não se aplica	II.23.4.1
V2.2	Registro da história de vida	Sim Não 998 – Não se aplica	II.23.4.2
V4.3	Oferta de algum tipo de atendimento em grupo	Sim Não 998 – Não se aplica	II.23.4.3
V4.4	Atendimento com profissionais de saúde mental (NASF ou outro apoio matricial)	Sim Não 998 – Não se aplica	II.23.4.4
V4.5	Outro (s)	Sim Não 998 – Não se aplica	II.23.4.5
V4.6	Não realiza nenhuma estratégia específica para cuidar desses casos	Sim Não 998 – Não se aplica	II.23.4.6
V5	A equipe teve preparação para o atendimento dos usuários em sofrimento psíquico?	Sim Não	II.23.5
V6	A equipe de atenção básica possui registro do número dos casos mais graves de usuários em sofrimento psíquico.	Sim Não	II.23.6
V7	A equipe de atenção básica possui registro dos usuários com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas?	Sim Não	II.23.7
V8	A equipe realiza ações para pessoas com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas?	Sim Não	II.23.8
V9	A equipe possui registro dos usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, antipsicóticos, anticonvulsivantes,	Sim Não	II.23.9

	antidepressivos, estabilizadores de humor, bem como os ansiolíticos de um modo geral?		
V10	A equipe realiza ações para pessoas que fazem uso crônico dos medicamentos citados acima para o acompanhamento e avaliação dos casos e diminuição das doses quando indicado?	Sim Não	II.23.10

Fonte: Instrumento de avaliação externa, PMAQ-AB, 2013.

## 2.5. Análise dos dados

Foi realizada análise descritiva das características da Atenção Primária aos usuários em sofrimento psíquico por macrorregião de saúde da Paraíba (PARAÍBA, 2008). Os municípios participantes do estudo foram classificados em 4 estados segundo macrorregião: 1ª macrorregião (João Pessoa), 2ª macrorregião (Campina Grande), 3ª macrorregião (Patos) e 4ª macrorregião (Sousa).

A análise estatística da atenção ao usuário em sofrimento psíquico por macrorregiões foi realizada através do *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS Inc, Chicago, Estados Unidos, versão 21).

As variáveis foram dicotomizadas em sim e não. Em seguida, foi realizado o somatório das respostas para cada item dividindo pelo total da amostra. Recorreu-se ao teste qui-quadrado de proporções para verificar diferenças entre as macrorregiões no que tange a dimensão da atenção ao usuário em sofrimento psíquico. Quando necessário, foram considerados também o teste qui-quadrado com correção de Yates ou Teste Exato de Fisher. Na aplicação dos testes estatísticos, considerou o nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ).

## 2.6. Aspectos éticos

O projeto multicêntrico que gerou o banco de dados, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob o número 21904, em 13 de março de 2012.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na Paraíba, 1042 equipes da Estratégia Saúde da Família aderiram ao PMAQ-AB. A maioria (44%) estava concentrada na macrorregião de João Pessoa. Em relação aos entrevistados, 96% eram enfermeiros e em todas as macrorregiões, observou-se o predomínio de enfermeiro como respondente da avaliação externa (Tabela 1).

**Tabela 1 – Distribuição dos entrevistados por categoria profissional e Macrorregião de saúde, Paraíba, 2013.**

Categoria profissional	MACRORREGIÃO DE SAÚDE				Total	
	1ª MACRO	2ª MACRO	3ª MACRO	4ª MACRO		
	JOAO PESSOA	CAMPINA GRANDE	PATOS	SOUSA		
<b>Médico</b>	n	23	7	5	1	36
	%	5,0	2,2	3,3	0,9	3,5
<b>Enfermeiro</b>	n	432	309	148	111	1000
	%	93,9	97,8	96,7	98,2	96
<b>Outro profissional (nível superior)</b>	n	5	0	0	1	6
	%	1,1	0,0	0,0	0,9	0,6
<b>Total</b>	n	460	316	153	113	1042
	%	100	100	100	100	100

Fonte: PMAQ-AB, avaliação externa, 2013.

Os profissionais de enfermagem correspondem a cerca de 50% de um contingente de 3,5 milhões de trabalhadores da área da saúde. A pesquisa sobre o perfil da enfermagem no Brasil revelou que: 59,3% das equipes de enfermagem encontram-se no setor público; 31,8% no privado; 14,6% no filantrópico e 8,2% nas atividades de ensino e que estão atuando em todos os municípios e fortemente inseridos no SUS (MACHADO *et al*, 2016).

No que se referem às estratégias adotadas pelas Equipes de Atenção Básica a usuários em sofrimento psíquico (Tabela 2), verifica-se que em apenas 41% das Equipes de Saúde da Família há registro da história de vida do usuário. Entre as equipes que registram a história de vida, a maioria encontra-se na macrorregião de Campina Grande (51,27%). Observa-se diferença significativa entre as macrorregiões ( $p < 0,001$ ). O não registro da história de vida acarreta dificuldades

para o atendimento ao usuário, visto que a prestação de cuidados e atenção dedicada facilita e contribui para avanço do tratamento. O primeiro contato com o paciente, no momento da escuta, é de extrema importância, pois estimula um maior vínculo e relação de confiança (ANDRADE et al, 2013).

**Tabela 2 - Estratégias adotadas no cuidado a usuário em sofrimento psíquico por macrorregião, Paraíba, 2013.**

Estratégias adotadas no cuidado a usuário	MACRORREGIÃO DE SAÚDE						P	
			1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>		
			MACRO	MACRO	MACRO	MACRO		
		JOAO PESSOA	CAMPINA GRANDE	PATOS	SOUSA	Total		
Registro da história de vida	Sim	n	184	162	54	35	435	0,001
		%	40,00	51,27	35,3	30,97	41,7	
	Não	n	276	154	99	78	607	
		%	60,0	48,7	64,7	69,0	58,3	
Oferta de algum tipo de atendimento em grupo	Sim	n	67	72	19	18	176	0,008
		%	14,6	22,8	12,4	15,9	16,9	
	Não	n	393	244	134	95	866	
		%	85,4	77,2	87,6	84,1	83,1	
Atendimento com profissionais de saúde mental (NASF ou outro apoio matricial)	Sim	n	337	210	120	86	753	0,026
		%	73,3	66,5	78,4	76,1	72,3	
	Não	n	123	106	33	27	289	
		%	26,7	33,5	21,6	23,9	27,7	
Não realiza nenhuma estratégia específica para cuidar de usuários em sofrimento psíquico	Sim	n	47	27	15	15	104	0,547
		%	10,2	8,5	9,8	13,3	10,0	
	Não	n	413	289	138	98	938	
		%	89,8	91,5	90,2	86,7	90,0	

Fonte: PMAQ-AB, avaliação externa, 2013.

Verifica-se que no total, apenas 16,9% das equipes possuem oferta de algum tipo de atendimento em grupo, onde a maior proporção encontra-se na região de Campina Grande (22,8%). Houve diferença significativa entre as macrorregiões ( $p = 0,001$ ), com destaque para a macrorregião de Campina Grande (22,8%). O desenvolvimento de atividades em grupo agrega importante valor, levando o indivíduo a dar novo significado a seus sintomas e sentimentos, além de promover a aproximação de pessoas formando novas redes de cuidados com laços de solidariedade e convivência (MAGALHÃES, 2012).

Observa-se ainda que 72,3% dos respondentes referiram matricialmente do atendimento de usuários em sofrimento psíquico com profissionais de saúde mental (NASF ou outro apoio matricial). Foi observada diferença significativa entre as

macrorregiões em relação ao apoio matricial, com concentração dessa estratégia de atendimento na macrorregião de Patos (78,4%). Essa parceria é fundamental, visto que o trabalho desenvolvido pela equipe matricial de saúde mental na ESF deve estimular a visão de saúde mental integrada às várias dimensões da vida educativa, cultural, política, econômica, social, psicológica e orgânica, para a reinserção do indivíduo na comunidade (AZEVEDO et al, 2014).

Chama atenção o percentual de equipes que não realizam nenhuma estratégia específica para cuidar do usuário em sofrimento psíquico com maior frequência (13,3%) na quarta macrorregião (Sousa), contudo não há diferença significativa entre as macrorregiões ( $p = 0,547$ ).

**Tabela 3 – Tipos de registros e realização de ações por macrorregião, Paraíba, 2013.**

Tipos de registros e realização de ações	MACRORREGIÃO DE SAÚDE						Total	
			1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>		
			MACRO JOAO PESSOA	MACRO CAMPINA GRANDE	MACRO PATOS	MACRO SOUSA		
Existência de registro dos usuários com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas	Sim	n	133	119	53	34	339	0,067
		%	28,9	37,7	34,6	30,1	32,5	
	Não	n	327	197	100	79	703	
		%	71,1	62,3	65,4	69,9	67,5	
Realização de ações para pessoas com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas	Sim	n	111	82	59	35	287	0,005
		%	24,1	25,9	38,6	31,0	27,5	
	Não	n	349	234	94	78	755	
		%	75,9	74,1	61,4	69,0	72,5	
Existência de registro dos usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, antidepressivos, estabilizadores de humor	Sim	n	356	240	98	69	763	0,001
		%	77,4	75,9	64,1	61,1	73,2	
	Não	n	104	76	55	44	279	
		%	22,6	24,1	35,9	38,9	26,8	
Realizações ações para pessoas que fazem uso crônico dos medicamentos citados acima para o acompanhamento e avaliação dos casos e diminuição das doses quando indicado	Sim	n	240	184	86	57	567	0,296
		%	52,2	58,2	56,2	50,4	54,4	
	Não	n	220	132	67	56	475	
		%	47,8	41,8	43,8	49,6	45,6	

Fonte: PMAQ-AB, avaliação externa, 2013.

Na Tabela 3 encontram-se os tipos de registros existentes nas equipes de Atenção Básica e o tipo de ação realizada para atender às necessidades das pessoas registradas nas unidades de saúde das macrorregiões da Paraíba. A existência de registro de usuários com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas de usuários foi verificada que 32,5% das equipes de todas as macrorregiões. Apesar da maioria das equipes que realizam esse tipo de registro encontra-se na macrorregião de Campina Grande (37,7%), não foi observada diferença significativa entre as macrorregiões ( $p = 0,067$ ).

Mas, apenas registrar a necessidade de atendimento a usuários de drogas lícitas ou ilícitas não é o suficiente, é necessário também a oferta de ações para atender à necessidade. Observa-se que apenas uma minoria (27,5%) das Equipes de Saúde da Família oferecem tais ações. Verifica-se diferença significativa entre as macrorregiões em relação à oferta de ações para usuários de álcool e outras drogas pelas equipes de atenção básica ( $p = 0,001$ ). Dentre as que oferecem esse tipo de ação, 37,7% são da macrorregião de Campina Grande. Apesar da existência de ações voltadas aos usuários de álcool e outras drogas nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), as Equipes de Saúde da Família, podem desempenhar um papel fundamental nesse processo, mediante acompanhamento e a melhoria do acesso ao cuidado de saúde de usuários que não procuram o CAPS (BRASIL, 2004).

O uso de benzodiazepínicos por tempo prolongado (maior de seis meses) atingiu mais de 50% dos pacientes das unidades de saúde do município de Coronel Fabriciano/Minas Gerais (FIRMINO *et al*, 2012), o torna relevante o registro de usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, antidepressivos e estabilizadores de humor pelas equipes de atenção básica. Na Paraíba constatou-se que 73,2% das equipes realizam o registro e que 77,4%, são da macrorregião de João Pessoa.

Verifica-se que 54,4% das equipes ofertam ações para usuários que fazem uso crônico de benzodiazepínicos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, antidepressivos e estabilizadores de humor. A maior taxa de ações por macrorregiões é de Campina Grande (58,2%). A necessidade de realizações de ações para usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, antidepressivos e estabilizadores de humor são extremamente necessárias em função de que o uso indevido ou prolongado de dessas medicações pode acarretar dependência,

principalmente quando em uso em idosos, em poliusuários de drogas, para alívio de estresse, de doenças psiquiátricas (FORSAN, 2010).

**Tabela 4 – Preparação da Equipe para atendimento dos usuários em sofrimento psíquico por macrorregião, Paraíba, 2013.**

Variável	MACRORREGIÃO DE SAÚDE						Total	P
	1ª MACRO		2ª MACRO		3ª MACRO	4ª MACRO		
	JOAO PESSOA	CAMPINA GRANDE	PATOS	SOUSA				
Preparação da Equipe para atendimento dos usuários em sofrimento psíquico	Sim	N	134	101	50	27	312	0,35
		%	29,1	32,0	32,7	23,9	29,9	
	Não	N	326	215	103	86	730	
		%	70,9	68,0	67,3	76,1	70,1	

Fonte: PMAQ-AB, avaliação externa, 2013.

Em relação à preparação das equipes para atendimento dos usuários em sofrimento psíquico, observa-se que apenas 29,9% das equipes possuem preparação. Em Patos, terceira macrorregião, é onde se localiza as equipes mais preparadas para atendimento a esse tipo de usuário (32,7%) e a macrorregião de Sousa detém o menor número de equipe (23,9%). Para trabalhar com usuários em sofrimento psíquico, é necessário formar novas concepções, rompendo com a visão cultural ligada ao isolamento, medo e ideia de agressividade para promover um real vínculo entre profissional e paciente (NOBRE, 2012), tornando-se necessário investimentos na qualificação dos profissionais para efetivação de uma assistência integral (CORREIA et al, 2011).

**Tabela 5 - Agendamento de consultas para usuários em sofrimento psíquico em unidades de atenção primária por Macrorregião, Paraíba, 2013.**

Agendamento de consultas para pessoas em sofrimento psíquico	MACRORREGIÃO DE SAÚDE					TOTAL	p	
	1ª MACRO		2ª MACRO		3ª MACRO			4ª MACRO
	JOÃO PESSOA	CAMPINA GRANDE	PATOS	SOUSA				
Em qualquer dia da semana, em qualquer horário do expediente de trabalho	n	313	187	105	94	699		
	%	68	59,2	68,6	83,2	67,1		
Em qualquer dia da semana, em horários específicos	n	30	12	6	4	52		
	%	6,5	3,8	3,9	3,5	5		

<b>Dias específicos fixos, em qualquer horário do expediente de trabalho</b>	n	32	29	7	1	69	0,001
	%	7	9,2	4,6	0,9	6,6	
<b>Dias específicos fixos, em horários específicos</b>	n	60	60	25	7	152	
	%	13	19	16,3	6,2	14,6	

Fonte: PMAQ-AB, avaliação externa, 2013.

No que se refere ao agendamento de consultas (Tabela 5) observa-se que o agendamento de consultas para usuários em sofrimento psíquicos pelas equipes de saúde de atenção primária é realizado em qualquer dia da semana e em qualquer horário durante o expediente de trabalho (67,1%). Não obstante a esses resultados, mostra-se que apesar da necessidade de programar o acompanhamento de usuários nas agendas dos profissionais, nas unidades de atenção primária há disponibilidade para acolher o que não pode ser programado, as eventualidades, os imprevistos (BRASIL, 2011). Contudo, no que refere a um usuário em sofrimento psíquico, ainda há obstáculos para a efetivação do acolhimento ao usuário na atenção básica (BARRETO, 2010).

#### 4. CONCLUSÃO

O estudo evidenciou que a atenção ao usuário em sofrimento psíquico vem sendo realizada pelas equipes avaliadas no PMAQ-AB. Entretanto, percebe-se diferenças entre as macrorregiões na organização do cuidado para o usuário em sofrimento psíquico na Estratégia Saúde da Família, sendo a macrorregião 2, Campina Grande, a que mais se destaca na atenção e cuidado prestado, através da realização de ações e registro de usuários.

Nota-se que a maioria das unidades não desenvolve estratégias para o cuidado como atendimento em grupo, registro da história de vida dos usuários, ações que podem garantir melhorias no serviço prestado e maior eficácia em termos de tratamento ao paciente de forma holística.

Ao identificar os tipos de registros existentes, nota-se que poucos são os registros citados e apenas no que se referem ao tratamento medicamentoso do transtorno. O sujeito deve ser visto como um todo, tratado de maneira integral em consonância entre corpo e mente. Para tanto, deve-se adotar medidas e realizar estratégias que visem a melhoria da qualidade de vida desses pacientes também no que diz respeito a sua reinserção na comunidade levando em consideração todos os aspectos da vida, buscando compreender e acompanhar o processo de reinserção junto à família.

No que diz respeito à preparação da equipe para atendimento dos usuários em sofrimento psíquico, concluiu-se que a qualificação dos profissionais da Atenção Primária à Saúde Mental ainda é incipiente, o que pode influenciar, negativamente, na implementação efetiva da atenção ao cuidado a usuários em sofrimento psíquico, tornando-se necessário, inserir na formação do profissional, principalmente na equipe de enfermagem, sendo eles que detêm o maior percentual de trabalhadores na área da saúde (50%), elementos que abrangem o cuidado em saúde mental.

Portanto, faz-se necessário a implementação de novas estratégias e ações que garantam a melhoria dos serviços à saúde para melhoria da atenção de usuários em sofrimento psíquico.

## **ATTENTION TO USERS WITH MENTAL DISORDERS IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY IN A NORTHEAST STATE**

Cristiana da Silva Oliveira

### **ABSTRACT**

The objective was to describe the Primary Attention to users in psychological distress in the Family Health Strategy in the state of Paraíba. This is a cross-sectional study, using data from the External Evaluation Bank of the Program for Improving Access and Quality, Brazil, 2013. The sample consisted of 1042 professionals from Paraíba teams. The chi-square test of proportions was used to verify differences between macroregions in attention to the user in psychological distress. It is observed that 44% of the teams were concentrated in the macro-region of João Pessoa; 96% of the interviewees were nurses. In total of all teams, 41.7% recorded the user's life history. 16.9% of these teams offer some kind of group service. 72.3% of teams report NASF service or other matrix support; and 10% do not carry out any specific strategy to care for users in psychological distress. 27.5% offer actions for users with needs arising from the use of drugs and 54.4% offer actions for users in chronic use of psychoactive drugs. Only 29.9% of the total refer to preparation for the care of users in psychological distress. With regard to the scheduling of consultations, 67.1% carry out appointments on any day of the week, at any time. It was evidenced that attention to users in psychological distress is being carried out by the primary care teams, but with differences between the macro-regions in the organization of care and weaknesses in care, especially in the preparation of the team. It is necessary to implement new strategies and actions which guarantee the improvement of health services for the attention of these users.

**Keywords:** Primary Health Care, Family Health Strategy, Mental Disorder.

## REFERÊNCIAS

Alma Ata – **Primary health Care: report of the International Conference on Primary Health Care**, Alma-Ata, USSR, 6-12 September, 1978, jointly sponsored by World Health Organization and the United Nations Children’s Fund, Geneva, World Health Organization, 1978 (Health for All Series nº 1).

ANDRADE, C. G.; COSTA, S. F. G. DA; LOPES, M. E. L. Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal; **Ciência saúde coletiva**. Vol.18, no. 9, Rio de Janeiro, Set. 2013.

AZEVEDO, D. M. DE. et al. Atenção básica e saúde mental: um diálogo e articulação necessários. **Rev. APS**. 2014 out/dez; 17(4): pag. 537-543.

BARRETO, M.; FOPPA, A. A.; CABRAL, M. F.; GONÇALVES, J. R.; MORE, C. L. O. O. Acolhimento em Saúde Mental: percepções de profissionais vinculados à Estratégia de Saúde da Família. **Rev Tempus Actas Saúde Colet**. 2010; 4(1): 39-49.

BRANDÃO, I. C. A. et al. Análise da Organização da Rede de Saúde da Paraíba a Partir do Modelo de Regionalização. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. Volume 16, Número 3, Páginas 347-352, 2012.

BRASIL, **Decreto 7. 508**, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do sistema único de Saúde. Diário Oficial. Brasília. 28 Jun. 2011. Cap. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Instrumento de avaliação externa da Saúde Mais Perto de Você – acesso e qualidade**. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília, Ministério da Saúde; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N.635**, 17 de abril de 2013 - Homologando a adesão dos Municípios ao segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do

Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) Diário Oficial, 17 de abril de 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3088**, de 23 de dezembro de 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília, Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Portaria GM / MS nº 2.197 / 2004: Institui no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE. Resolução 397, Paraíba, 2008.

CORREIA, V. R.; BARROS, S.; COLVERO, L. A. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1501-1506, Dec. 2011. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342011000600032&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000600032&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em 30 Nov. 2016.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000600032>.

FIRMINO, K. F.; ABREU, M. H. N. G.; PERINI, E.; MAGALHÃES, S. M. S. Utilização de benzodiazepínicos no Serviço Municipal de Saúde de Coronel Fabriciano, Minas Gerais. **Ciências & Saúde Coletiva**. 17(1): 157-166, 2012.

FORSAN, M. A. **O uso indiscriminado de benzodiazepínicos: uma análise crítica das práticas de prescrição, dispensação e uso prolongado**. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família), Universidade Federal de Minas Gerais, Campos Gerais.

GAMA, C. A. P; CAMPOS, R. O. **Saúde mental na atenção básica**: uma pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva (1997-2007). *Cad Saúde Pública*. 2009; 1(2):112-31.

GOMES, M; LUZ, H. H. V. DA. **A atuação da Estratégica Saúde da Família frente ao sofrimento psíquico**. Disponível em [www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/02/Mariluci-Gomes.pdf](http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/02/Mariluci-Gomes.pdf); Acessado em 02/11/2016.

MACHADO, M. *et al.* Mercado de Trabalho da Enfermagem: aspectos gerais. **Revista Enfermagem em Foco**, 2015; 7 (Esp): 35-62.

MAGALHÃES, V. C. **Ações de saúde mental desenvolvidas por profissionais de saúde no contexto da atenção básica**. Trabalho de Conclusão de Curso. Porto Alegre. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2012.

NOBRE, A. M. D. **Assistência de enfermagem a pessoas em sofrimento psíquico**. Monografia (especialização em Saúde Mental e atenção psicossocial). Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Declaração de Caracas. Venezuela, 14 de Novembro de 1990. Disponível em [http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/declaracao\\_caracas](http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/declaracao_caracas), Acessado em 30 de novembro de 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Renovação da atenção primária em saúde nas Américas**: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washigton, D.C., OPAS, 2007.

PARAÍBA, Secretária de Estado da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**. João Pessoa. Julho de 2008.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde, 726p., 2004.

TRINO, A. T. et al. **Caderno de Atenção Básica Nº 34**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília. Ministério da Saúde, 2013.

VALENTIM, R. A. M. et al, inventores, **Programa de computador (cotitularidade) validador on-line do PMAQ-AB**, cessionários. Natal, patente. Pedido nº BR 51 2013 001200 7Sedec: 000085 09 out. 2013 (10:13h) cotitular: Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte - IFRN (CNPJ:10.877.412/0001-68).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Integrating mental health into primary care: a global perspective**. 1 ed. World Health Organization, 2008. 206 p.

## ANEXOS



**UFRGS**  
UNIVERSIDADE FEDERAL  
DO RIO GRANDE DO SUL

**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA**  
Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs

**CARTA DE APROVAÇÃO**

Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs analisou o projeto:

**Número:** 21904

**Título:** Avaliação da atenção básica no Brasil: estudos multicêntricos integrados sobre acesso, qualidade e satisfação dos usuários

**Pesquisadores:**

**Equipe UFRGS:**

ALCINDO ANTONIO FERLA - coordenador desde 01/12/2011  
MARTA JULIA MARQUES LOPES - pesquisador desde 01/12/2011  
FERNANDO NEVES HUGO - pesquisador desde 01/12/2011  
TATIANA ENGEL GERHARDT - pesquisador desde 01/12/2011  
CRISTINE MARIA WARMLING - pesquisador desde 01/12/2011  
ALVARO KNIESTEDT - pesquisador desde 01/12/2011  
ROBERTA ALVARENGA REIS - pesquisador desde 01/12/2011  
MIRIAM THAIS GUTERRES DIAS - pesquisador desde 01/12/2011  
LEANDRO BARBOSA DE PINHO - pesquisador desde 01/12/2011  
Ana Lucília da Silva Marques - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011  
RAFAEL DALL'ALBA - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011  
Mayna Yaçanã Borges de Ávila - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011  
MÁRIA LUIZA FERREIRA DE BARBA - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011  
IRANI JESUS BORGES DA SILVA - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011  
RAÍSSA BARBIERI BALLEJO CANTO - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011  
REGINA PEDROSO - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011

**Equipe Externa:**

Mariana Bertol Leal - pesquisador desde 01/12/2011  
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira - pesquisador desde 01/12/2011  
Adriane Pires Batiston - pesquisador desde 01/12/2011  
Vera Lúcia Kodjaoglanian - pesquisador desde 01/12/2011  
Mara Lisiane de Moraes dos Santos - pesquisador desde 01/12/2011  
Regina Fatima Feio Barroso - pesquisador desde 01/12/2011  
Fernando Pierette Ferrari - pesquisador desde 01/12/2011  
Alexandre de Souza Ramos - pesquisador desde 01/12/2011  
Allan Nuno Alves de Sousa - pesquisador desde 01/12/2011  
Luiz Augusto Facchini - coordenador desde 01/12/2011  
Eduardo Alves Melo - pesquisador desde 01/12/2011

**Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs aprovou o mesmo , em reunião realizada em 01/03/2012 - Sala 01 de Reuniões do Gabinete do Reitor, 6º andar do prédio da Reitoria , por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.**

Porto Alegre, Terça-Feira, 13 de Março de 2012

  
JOSE ARTUR BOGO CHIES