

3. METODOLOGIA

3.1 Componentes do estudo

O estudo teve **seis componentes**, descritos a seguir:

- I.** Caracterização da **evolução das políticas de saúde mental com ênfase no âmbito local**.
- II.** Um **estudo de coorte** prospectiva, com visitas domiciliares a usuários e familiares na linha de base e um acompanhamento realizado nove meses depois.
- III.** Um **estudo transversal**, junto aos CAPS, para:
 - a. Revisão dos prontuários
 - b. Avaliação da estrutura dos serviços
 - c. Caracterização das equipes.
- IV.** Um **estudo qualitativo** para caracterização do processo de trabalho e das dinâmicas das relações entre profissionais e usuários dos serviços.
- V.** Levantamento das **internações psiquiátricas** no município de 2001 a 2006, a partir de dados secundários;
- VI.** **Revisão sistemática da literatura.**

Após a apresentação do projeto ao Programa de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas (SMS), todos os sete CAPS da cidade foram visitados a fim de dar início ao estudo.

A seguir estão descritos os procedimentos metodológicos e logísticos para cada um dos componentes.

I. Evolução das políticas municipais de gestão da saúde mental

Com a colaboração da SMS, de coordenadores e ex-coordenadores do Programa de Saúde Mental, de técnicos e ex-técnicos da 3ª. Coordenadoria Regional de Saúde e do Conselho

Municipal de Saúde foi descrita a evolução das políticas de saúde mental no município nos últimos 20 anos. Também foram examinados documentos oficiais normativos sobre o tema a partir de 1987, os relatórios das Conferências Municipais, Estaduais e Nacionais de Saúde, as atas disponíveis do Conselho Municipal de Saúde, os Planos Municipais de Saúde e projetos e relatórios disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde.

II. Estudo de coorte

Através de um formulário especialmente confeccionado para a extração dos dados (Anexo I), uma equipe de auxiliares de pesquisa identificou 1.151 usuários em atendimento nos CAPS nos meses de abril e maio de 2006. Os CAPS não dispunham de nenhum sistema informatizado de registro, o que implicou em revisão manual dos prontuários. Nesta ocasião, observou-se que a organização dos prontuários nos serviços não é padronizada, ficando a cargo de cada equipe escolher a forma que entende ser mais adequada. Alguns armazenam os prontuários em ordem alfabética pelo nome dos usuários, outros em ordem numérica pelo número do prontuário e outros ainda armazenam de acordo com os grupos ou oficinas em andamento.

Após a sistematização destes formulários em planilhas por serviço, uma equipe de auxiliares de pesquisa – aqui denominados de batedores - percorreu a cidade para localizar os endereços, explicar os propósitos do estudo, convidar para participar e agendar as entrevistas. Nesta ocasião, foi preenchido um formulário para a localização e agendamento de entrevista domiciliar, denominada de “ficha de batedor” (Anexo II), cujas informações orientaram o planejamento da logística do trabalho de campo para o estudo de linha de base.

A partir da localização dos endereços e do agendamento das visitas realizado pelos batedores, os usuários dos CAPS e seus

responsáveis foram entrevistados em seus domicílios por uma equipe selecionada entre alunos de Psicologia, Serviço Social e Comunicação – da UCPEL – e de Enfermagem e Obstetrícia, da UFPEL. Os entrevistadores participaram de uma oficina de capacitação de oito horas e foram acompanhados semanalmente para supervisão do trabalho de campo.

Uma vez assinado o termo de consentimento livre e esclarecido, com justificativa, objetivos e procedimentos utilizados na pesquisa, bem como garantia de sigilo dos participantes (Anexo III e Anexo IV), os usuários e seus responsáveis, foram entrevistados através de questionários próprios especialmente desenvolvidos para este fim (Anexo V e Anexo VI, respectivamente). Para cada um destes instrumentos foi elaborado um manual de instruções com o objetivo de padronizar a coleta de dados (Anexo VII e Anexo VIII, respectivamente).

Por ocasião do acompanhamento, novos questionários para o usuário (Anexo IX) e para o familiar (Anexo X) foram elaborados, com seus respectivos manuais de instrução (Anexo XI e Anexo XII).

III. Estudo transversal

a. Revisão dos prontuários

Todos os prontuários dos pacientes incluídos no estudo foram buscados nos CAPS. Um formulário específico para extração de informações foi desenvolvido (Anexo XIII), incluindo diagnóstico, plano terapêutico individual e prescrição de medicamentos. *No total, foram revisados 1.131 prontuários, correspondendo a 98% de todos os usuários identificados.*

b. Estrutura dos serviços

A análise da estrutura dos serviços baseou-se na legislação pertinente que orienta a elaboração de projetos para o

cadastro dos CAPS no Ministério da Saúde: RCD nº 50/2002, Portaria/GM/MS Nº 336/2002 e a NBR 9050/2004.

Com base nesta documentação e no roteiro para a avaliação dos serviços de saúde mental elaborado pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, foi construído um instrumento específico para avaliação da estrutura que incluíram aspectos operacionais e a avaliação da área física (Anexo XIV).

c. Caracterização das equipes

O Departamento de Recursos Humanos da SMS de Pelotas forneceu uma lista que possibilitou identificar um total de 130 profissionais lotados nos sete CAPS.

Através de instrumento próprio (Anexo XV), todos os profissionais que desenvolvem suas atividades nos CAPS foram convidados a participar do estudo, incluindo médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, técnicos de enfermagem, artesãos, auxiliares administrativos e serventes. O questionário esteve composto de informações sociodemográficas, da formação e capacitação para as funções, descrição das tarefas, vínculo empregatício e regime de trabalho, supervisão, avaliação das condições de trabalho, morbidade referida, uso de medicamentos e de serviços de saúde, qualidade de vida (escala WHO-QOL breve) e transtornos mentais comuns (escala SRQ-20).

IV. Estudo qualitativo

A proposta CAPS, historicamente, tem estado em constante movimento de análise e adequação de suas possibilidades práticas no cotidiano. Após a reforma psiquiátrica, uma possibilidade de entendimento da discussão sobre os projetos terapêuticos atuais no âmbito da saúde mental e, em específico, nos CAPS é de questionar o papel dos mesmos para a resolução e adequação dos problemas dos usuários. Isto implica em avaliar e entender como o próprio

serviço atua teoricamente no cotidiano, considerando as relações entre a(s) equipe(s) como parte importante do processo terapêutico e da política do CAPS.

Neste trabalho, as observações e as entrevistas semi-estruturadas reúnem um conjunto de informações que possibilitam uma análise do serviço em Pelotas vinculando as situações atuais à prática nos locais. As perguntas que originaram a busca dos dados podem ser agrupadas em:

- *Como os CAPS em Pelotas têm funcionado no cotidiano?*
- *Como os técnicos entendem e fazem no CAPS a continuidade da reforma psiquiátrica?*

Para contemplá-las, faz-se necessário discorrer por conteúdos que abordam como o processo de trabalho leva a uma integração / inserção social, isto é, como o cotidiano de trabalho nos CAPS se empenha para a melhora do usuário. Além destes aspectos, é relevante entender quais são as terapêuticas desenvolvidas e como os técnicos se mantêm atualizados. Impõe-se ainda a necessidade de considerar os problemas na relação dos outros serviços (CAPS e Unidades Básicas de Saúde - UBS) e com a coordenação de saúde mental local responsável pela efetivação da proposta de desinstitucionalização da doença mental no município.

Todos estes aspectos foram investigados. No entanto, neste relatório serão apresentados os resultados mais relevantes para as questões centrais. Os dados complementares serão oportunamente publicados em artigos decorrentes das análises do projeto como um todo. Os dados a seguir pontuam aspectos que se mostraram relevantes na situação atual dos CAPS (Pelotas, RS) e que podem ser pensados numa perspectiva mais ampla, não particularizando os problemas locais, mas os avaliando como parte de um sistema e política nacional.

Ainda que a particularização tenha seus limites, durante o período inicial de trabalho de campo, os acontecimentos locais deram um tom intenso aos dados das observações e são relevantes para as análises aqui propostas.

Foram realizadas observações semi-estruturadas no interior dos sete CAPS durante cinco meses (novembro de 2006 a março de 2007). Estas observações foram realizadas por cinco pessoas treinadas para anotarem o processo de trabalho dos CAPS (em dias alternados) e as dinâmicas entre os profissionais da equipe e da equipe com os usuários. As observadoras, ao interagirem com a equipe, complementavam suas anotações com depoimentos e considerações dos trabalhadores e usuários sobre diversos aspectos daquele serviço.

Também foram entrevistados 27 técnicos (psicólogo, psiquiatra, enfermeiro, assistente social, responsáveis por oficinas de artes e música) com o objetivo de apurar aspectos positivos e negativos da prática de implantação dos CAPS no município e as limitações do processo de trabalho com os usuários e entre a equipe. As entrevistas com os profissionais foram realizadas a partir de julho de 2007.

Após entrevista com os coordenadores, os primeiros a serem contatados nos CAPS, os outros técnicos foram entrevistados considerando sua função no local, destaque nas observações semi-estruturadas e/ou indicação dos colegas.

V. Internações psiquiátricas de 2001 a 2006

A partir das bases do SIH-SUS, disponibilizadas pelo DATASUS/MS, foi constituído um banco de dados, a partir do qual estão sendo estimadas as taxas e as principais causas de internação psiquiátrica no período, observando tendências nos indicadores antes e depois da implementação dos CAPS.

VI. Revisão sistemática da literatura

Buscou-se por trabalhos publicados em português, inglês ou espanhol nos últimos dez anos (1996 – 2006). Para identificá-los foram utilizadas diferentes estratégias de busca em diversas fontes de dados disponíveis on-line. De acordo com as características de cada fonte foi necessário utilizar descritores, palavras do resumo ou do título, de maneira isolada ou combinada.

Os termos utilizados foram: primary health care; community mental health centers; community mental health services; deinstitutionalization; health services accessibility; health services needs and demand; managed care programs; mental disorders; models, organizational; program development; program evaluation; psychiatric services; psychological service; public health administration; quality indicators; quality of health care.

As fontes pesquisadas foram bases de dados referenciais - PubMed, Lilacs, Embase, Web of Science, Current Contents, Health and Psychological Instruments; bibliotecas virtuais de teses e dissertações - CAPES, Unicamp, USP; páginas institucionais - Ministério da Saúde do Brasil (MS), Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), e Organização Mundial da Saúde (OMS); mecanismos de busca e identificação de literatura acadêmica - Google Acadêmico (<http://scholar.google.com>), Scirus (<http://www.scirus.com/>) e o portal de revistas on-line Scielo (<http://www.scielo.br/>).

Para classificar os trabalhos como relevantes, isto é, se contemplavam ou não os focos de interesse, definiram-se os seguintes critérios de exclusão: resenhas de livros, artigos de opinião e cartas, artigos sem resumo e cujo título seja pouco esclarecedor, como por exemplo, “em algum tempo em algum lugar”, “tornado os sonhos realidade”, trabalhos sobre serviços de saúde mental em escolas e hospitais, serviços de emergência psiquiátrica; estudos sobre população rural; medicina forense,

estudos de caso, estudos focalizados nos pacientes e não no sistema.

Foram priorizados artigos com as seguintes características: artigos de revisão, estudos sobre população urbana; trabalhos com foco no *staff* dos serviços de saúde mental (processo de trabalho de equipes); características dos profissionais; políticas de gestão; redes de serviço; implantação de programas; alocação de recursos; perfil de usuários; avaliação de qualidade dos serviços; estudos sobre o ambiente de vida dos pacientes psiquiátricos (família).

3.2 Processamento e análise dos dados

Após a coleta dos dados, inicialmente os questionários dos usuários, dos familiares, dos profissionais e dos prontuários tiveram suas questões fechadas codificadas. As respostas às perguntas abertas foram tabuladas e codificadas. Por fim, foram revisados por auxiliares de pesquisa que não haviam feito a codificação. Duas digitações independentes foram realizadas no Programa EPI-INFO 6.04d, cuja estrutura foi preparada para verificação de amplitude e consistência das variáveis. Após a edição final dos bancos de dados, estes foram convertidos para o pacote estatístico SPSS 13.0, no qual foram feitas as análises dos dados quantitativos.

Para comparação entre médias foi utilizado o teste F e para a comparação entre proporções o teste do qui-quadrado, ambos com nível de significância de 5%.

3.3 Controle de qualidade

Através de instrumento próprio, foram re-entrevistados 148 usuários e familiares no estudo de linha de base (Anexo XVI), correspondendo a 15% da amostra. No acompanhamento, foram re-aplicados 161 questionários, correspondendo a 18% da amostra (Anexo XVII).

Nestas oportunidades, oito questões foram refeitas. Após o processamento e “*linkagem*” com o banco de dados, foi possível calcular o índice Kappa (LANDIS, 1977), que mede a concordância inter-observadores independente do acaso. Esta estatística permite avaliar a consistência dos dados de acordo com os seguintes pontos de corte: de zero a 0,34 → concordância fraca; de 0,35 a 0,70 → concordância razoável; de 0,71 a 1,00 → concordância muito boa.

No estudo de linha de base, quatro das oito questões apresentaram concordância muito boa (primeiro CAPS freqüentado, aposentadoria do usuário e do familiar e internações psiquiátricas prévias), três mantiveram-se em níveis razoáveis (escolaridade e local de nascimento do usuário e “problemas de nervos” do familiar) e uma teve concordância muito baixa (crise prévia do usuário). No acompanhamento, três questões apresentaram índices muito bons de concordância (freqüência ao CAPS, freqüência à escola e situação conjugal do familiar cuidador), duas questões ficaram em níveis razoáveis (freqüência a atividades religiosas e problema de saúde do familiar) e três tiveram concordância muito baixa, todas referentes ao familiar cuidador (percepção de sobrecarga, usuário pede mais ajuda do que precisa e gostaria que outra pessoa cuidasse do usuário). Em ambos os casos, as variáveis que apresentaram baixa concordância eram as que tinham maior número de opções de resposta, o que poderia ter contribuído para a variabilidade.