

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

Dados do Projeto e do Proponente

| | |
|--------------------------------|--|
| Título do Projeto: | Os CAPs e os cuidados psicossociais: cenários e possibilidades na evolução dos portadores de sofrimento psíquico em cidade de porte médio do sul do Brasil |
| Coordenador do Projeto: | Elaine Tomasi |
| Instituição Executora: | UCPEL – Escola de Psicologia |
| Edital: | Edital MCT-CNPq / MS-SCTIE-DECIT / CT-Saúde 07/2005 |
| Linhas: | <input type="checkbox"/> Estudos de intervenção na atenção básica relacionados aos transtornos psiquiátricos; <input checked="" type="checkbox"/> Estudos de avaliação dos Serviços em Saúde Mental com ênfase nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPs); <input type="checkbox"/> Estudos sobre violência e saúde mental (impacto e intervenção); <input checked="" type="checkbox"/> A relação entre fatores de risco e de proteção, vulnerabilidade e prognóstico em segmentos específicos da população: institucionalizadas (hospitais e penitenciárias), raça negra, etnias indígenas e outras; <input checked="" type="checkbox"/> Avaliação, desenvolvimento e aplicação de tecnologias: desenvolvimento e avanços de novas tecnologias; novos métodos e técnicas de investigação. |

1) CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA:

O adoecimento psíquico é um problema de saúde pública. Apesar das limitações metodológicas para a quantificação da morbidade psiquiátrica em amostras populacionais, dadas a diversidade de instrumentos e de patologias inscritas neste âmbito, Andreoli et al. (2000) relatam a possibilidade de estimativas confiáveis da magnitude destes problemas no Brasil. Estudo realizado em três capitais brasileiras estimou que as prevalências de pelo menos um diagnóstico do DSM-III foram de 61% em Brasília, 35% em São Paulo e 52% em Porto Alegre. Em Pelotas, a prevalência de distúrbios psiquiátricos menores, medida pelo SRQ-20, foi de 28,5% no ano de 2000 (Costa et al, 2002). Estimativas de esquizofrenia na população em geral situam-se em torno de 1% (Pádua et al, 2005). Os transtornos bipolares atingem de 3 a 6% da população. (Shansis & Cardioli, 2005). Há relatos de prevalência de depressão de cerca de 10% em Porto Alegre, 13% nos Estados Unidos e 10% na Grã-Bretanha (Lima, 1999). Os transtornos de ansiedade generalizada (TAG) atingiram 10,6% de idosos (Xavier et al., 2001) e os transtornos associados à dependência de álcool e drogas estão estimados de 6% (Galduroz et al, 2003) a 14% (Costa et al, 2004) e 12% (Galduroz et al, 2003), respectivamente.

Em 2000, a média de internações em psiquiatria nos 224 municípios brasileiros com mais de 100.000 habitantes foi de 8 por 1000 habitantes/ano (Ministério da Saúde, 2002). Este dado aponta para a importância das iniciativas adotadas pelas políticas públicas nos últimos anos, culminando com a regulamentação legal que orienta o redirecionamento do modelo de atenção à saúde mental no Brasil, no âmbito da reforma psiquiátrica.

A Lei federal nº 10.216, de 06/04/2001, da reforma psiquiátrica brasileira, dispõe sobre o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Propõe que estas pessoas devem ser tratadas, preferencialmente, em serviços comunitários "com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar a saúde, visando alcançar sua inserção na família, no trabalho e na comunidade" (Art.2º, II). Segundo a Portaria nº 336/2002 do Ministério da Saúde, os CAPs (Centros de Atenção Psicossocial - I, II, III) seriam os mais representativos desses serviços, que têm como prioridade "o atendimento de usuários com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo" (Art.1º, 1).

Atendimento Intensivo: trata-se de atendimento diário, oferecido quando a pessoa se encontra com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Este atendimento pode ser domiciliar se necessário.

Atendimento Semi-Intensivo: nesta modalidade de atendimento, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Essa modalidade é oferecida quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Este atendimento pode ser domiciliar se necessário.

Atendimento Não-Intensivo: oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e /ou no trabalho, podendo ser atendido até três dias no mês. Este atendimento também pode ser domiciliar. MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004, p.16)

Esses centros apresentam um nível de complexidade de atenção que inclui também a internação (CAPs-III) podendo, assim, substituir o hospital psiquiátrico. Previsto para ser porta de entrada em saúde mental no Sistema Unificado de Saúde (SUS), esta instituição assume assim sua parte de responsabilidade na administração e centralidade dos atendimentos no território. Deve também capacitar e supervisionar as equipes de atenção básica e outros serviços de saúde mental, bem como contribuir na elaboração de programas nessa área.

O destaque dado aos CAPs na atual política de saúde mental pode ser avaliado dentro de um quadro comparativo relacionando o número destes serviços em 2001 e 2002. No Brasil, em 2001, eram 295 (0,017 CAPs/10 mil habitantes) e passaram a 423 (0,024 CAPs/10 mil habitantes) em 2002. A distribuição desse tipo de equipamento pelo território nacional é desigual. O Rio Grande do Sul encabeçava a lista (0,051 CAPs/10 mil habitantes) e os estados da Região Norte não possuíam sequer um serviço.

Como assinalam Torre e Amarante (2001), um dos riscos que se corre, se não houver clareza da desinstitucionalização como desconstrução do dispositivo e do paradigma psiquiátricos, é continuar reproduzindo os mesmos mecanismos, algo como um cosmético da psiquiatria, uma reforma superficial, que mantém a função da psiquiatria. Os autores entendem *desconstrução* como um processo social complexo, de desmontagem do dispositivo psiquiátrico, que não tem fim, ou não pretende constituir, um modelo ideal, mas sim dar novo significado às relações e colocar questões imanentes às situações-problema.

Na década passada, Amarante (1995) já alertava para os desafios de "fechar hospícios", tanto do ponto de vista social (o que fazer com os doentes) quanto do ponto de vista econômico (a nova rede de cuidados tenderia a necessitar de maiores investimentos). Para o autor:

“Desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade a subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. A desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. De uma prática que reconhece, inclusive, o direito das pessoas mentalmente enfermas em terem um tratamento efetivo, em receberem um cuidado verdadeiro, uma terapêutica cidadã, não um cativo. Sendo uma questão de base ética, o futuro da reforma psiquiátrica não está apenas no sucesso terapêutico-assistencial das novas tecnologias de cuidado ou dos novos serviços, mas na escolha da sociedade brasileira, da forma como vai lidar com os seus diferentes, com suas minorias, com os sujeitos em desvantagem social” (p.493).

Idealmente, trocas sociais entre interlocutores e mudanças nas representações de conteúdos excludentes seriam possíveis e freqüentes, o que facilitaria o equilíbrio nas interações contínuas entre as organizações sanitárias e as estruturas celulares de atendimento terapêutico. Haveria abertura de canais de comunicação intra e inter organizações (formais e informais), com intervenções articuladas umas com as outras e a concretização de mediações dialógicas, bem como a participação democrática dos atores sociais, sobretudo no contexto de uma gestão territorializada. Concomitantemente, as ações de saúde mental tenderiam a se diversificar numa coerência complexa, mas articulada em um projeto terapêutico que possibilitasse, quando necessário, a ativação da rede pessoal significativa, na tentativa de construir uma rede de apoio ao usuário, intencionando uma melhor inserção social para o mesmo (Vieira Filho & Nóbrega, 2004).

Entretanto, parece haver um hiato entre a teorização exposta e a prática cotidiana dos serviços psicossociais, visto que os profissionais se deparam, muitas vezes, com dificuldades nas interações interinstitucionais, na concretização da territorialização, nas teias de conflitos interpessoais, no clientelismo político, nas políticas de abandono da clientela dita "pobre" e no pouco planejamento local e distrital etc. Tudo indica que os passos das mudanças institucionais ocorrem lentamente (Amarante, 1995). Todavia, é importante se poder encontrar alternativas políticas e técnico-profissionais, principalmente em nível de área de saúde e distrito sanitário, para que seja possível a superação dessas dificuldades que são, por vezes, estruturais.

É nesta perspectiva, de avaliação de políticas e serviços, que se configura uma das funções essenciais da saúde pública, uma vez que o conhecimento produzido pode contribuir de fato para a melhoria das condições de vida e saúde das populações. Existem muitos exemplos de programas bem intencionados, mas que foram continuados, em alguns casos, durante décadas, até avaliações rigorosas revelarem que seus resultados não eram os esperados (Vaughan, 2004).

Não se trata aqui de conceber a avaliação dos serviços substitutivos em saúde mental no seu âmbito mais geral, para saber se servem ou não aos seus propósitos, mas sim de concebê-la no seu âmbito mais específico, qual seja o de avaliar o desempenho de tais políticas e serviços (Rothman & Greenland, 1998; Habitch, 1999), destacando as potencialidades e limitações do novo modelo assistencial.

A avaliação de serviços de saúde mental é ainda recente em nosso meio. Um dos principais focos da produção científica nesta área tem sido a criação de indicadores e instrumentos de avaliação que possam superar os tradicionalmente utilizados pela clínica psiquiátrica. Há um consenso sobre a insuficiência de tais abordagens para avaliar os serviços no âmbito da Reforma Psiquiátrica. A avaliação em atenção psicossocial reveste-se de especificidades, uma vez que “todos os seus objetivos e materiais, mais que em outras áreas, estão atravessados pela intersubjetividade das relações entre

usuários, trabalhadores e instituições de saúde, aumentando as dificuldades já presumíveis nos processos de avaliar qualidade em serviços de saúde” (Pitta, 1995:448).

Amaral (1997), avaliando os resultados da assistência prestada pelo Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (Campinas- SP) e da rede ambulatorial municipal, mais especificamente em relação à continuidade do tratamento após as internações psiquiátricas ali efetivadas, encontrou que a maior prevalência de reinternações no período de 4 meses após a alta ocorreu entre os usuários psicóticos (32,5%). Os alcoolistas ou com outros diagnósticos foram reinternados em menor percentagem (15,7%) ($p < 0,05$). No mesmo estudo, viu-se que os usuários não psicóticos têm aparentemente menor grau de adesão aos serviços ambulatoriais (52,9% de nenhum comparecimento) do que os usuários com quadros psicóticos (44,9%).

É consenso que a avaliação sistemática dos novos modelos de atenção psicossocial deve priorizar o interior dos serviços, revelando-os através da análise dos processos de trabalho e das relações exercitadas na instituição. Ainda mais, os próprios conceitos de avaliação e de qualidade devem ser repensados em um contexto de valorização e respeito à cidadania do doente mental (Vasconcelos, 1995; Amarante & Carvalho, 1996; Saraceno *et al.*, 1993).

Outra consideração importante nesta perspectiva é de que o processo de construção do SUS está vinculado, entre outros fatores, à necessidade de mudança de modelo, que por sua vez está intrinsecamente dependente da demanda de um novo perfil profissional baseado nas necessidades da população e na perspectiva de atuações intersetoriais de promoção à saúde. Esse processo implica em articular concepções de ensino e práticas de saúde, assim como considerar as relações entre universidades e serviço, e, entre gestores, formadores, estudantes, trabalhadores e usuários.

Franco & Coelho (2005) destacam que os profissionais dos CAPs constituem parcela significativa dos atores envolvidos neste processo, estão em contato direto com portadores de sofrimento mental e com a implementação da política de saúde mental local. Os autores investigaram o conhecimento dos profissionais sobre conceitos que nortearam a Reforma Psiquiátrica Brasileira. As conclusões referem que os profissionais possuem conhecimento incipiente a respeito dos temas investigados, o que pode ser atribuído à falta de experiências em serviços substitutivos e a não estarem familiarizados com a nomenclatura específica da Reforma Psiquiátrica e sugerem a necessidade de uma educação continuada em serviço e adequação da formação acadêmica.

Justificativa:

Acredita-se que a avaliação de serviços de saúde mental, pela sua abrangência e complexidade, mereça uma proposta de investigação da mesma forma abrangente e complexa. Este projeto pretende, ao revelar a atenção ao portador de sofrimento psíquico (PSP) em um município de médio porte do sul do Brasil (linha de apoio **b**), investigar quais os fatores que predizem o adequado manejo deste adoecimento, com destaque para o processo de trabalho no interior dos CAPs (linha de apoio **d**). Nossa proposta fundamenta-se no desafio de identificar fatores passíveis de modificação através de intervenções factíveis no cenário da saúde pública, não só no local do estudo, mas em qualquer local onde cenários similares venham a se constituir. Tais intervenções podem incluir a adoção de protocolos, programas de capacitação, qualificação do acolhimento, inovações em atividades intersetoriais, entre outros (linha de apoio **e**).

O município de Pelotas (porte médio com 335.000 habitantes), apresenta um conjunto de condições favoráveis à avaliação dos serviços de saúde mental, com destaque para: grande cobertura populacional (0,2 CAPs por 10.000 habitantes), ampla rede de atenção básica, com ampliação do modelo PSF, existência de duas universidades que formam todas as categorias profissionais requisitadas ao novo modelo de atenção e grupos de pesquisa com excelência na área.

A formação de médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais pode ser diretamente beneficiada pelos resultados deste estudo. As exigências de formação destes profissionais, frente aos novos paradigmas da atenção ao portador de sofrimento psíquico podem ser identificadas, uma vez que nossa proposta prevê uma ampla caracterização dos processos de cuidados clínicos e psicossociais, incluindo as estratégias familiares e comunitárias no apoio aos projetos terapêuticos.

2) OBJETIVOS:

Geral:

- Identificar fatores de risco e prognósticos para a evolução da saúde mental entre usuários dos CAPs, com ênfase na contribuição do processo de trabalho destes serviços - incluindo a organização e divisão das atividades, as estruturas, equipamentos e tecnologias utilizadas e o perfil das equipes – das características dos usuários e da rede de apoio social.

Específicos:

1. Realizar revisão sistemática da literatura nacional e internacional sobre indicadores e instrumentos de avaliação de modelos substitutivos em saúde mental;
2. Caracterizar a evolução das políticas municipais de gestão da saúde mental, identificando a rede de serviços, os programas implantados, a alocação de recursos e a gestão de medicamentos;
3. Comparar a realidade dos serviços e as ações desenvolvidas no interior dos CAPs com a prescrição expressa nas portarias 336, de 19 de fevereiro de 2002 e na Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, em termos das características da assistência prestada, dos recursos humanos e da infra-estrutura;
4. Caracterizar, a partir dos dados do SIH-SUS, o perfil das internações psiquiátricas nos últimos cinco anos (2001 a 2005), identificando suas taxas, causas e custos;
5. Descrever a rede local de atenção à saúde mental, com destaque para a constituição dos CAPs e seu papel na transformação do modelo de atenção à saúde desta população alvo, incluindo o sistema de referência e contra-referência com a atenção básica, Programa de Saúde da Família (PSF) e outros serviços, além da urgência e emergência;
6. Tipificar os usuários dos CAPs de acordo com: sexo, idade, escolaridade, raça/cor, ocupação, renda familiar, diagnóstico principal (CID-10), uso de medicamentos, tempo de diagnóstico, co-morbidades, histórico de contato com serviços de saúde (internações psiquiátricas, CAPs, unidades básicas, ambulatórios de especialidades, pronto-atendimento), plano terapêutico e regime de tratamento;
7. Caracterizar a organização e divisão das atividades do CAPs, com particular interesse em relação a acolhimento, vínculo, integralidade, resolubilidade;
8. Caracterizar os profissionais de saúde mental dos CAPs de acordo com fatores de composição das equipes, sociodemográficos, formação, capacitação e vínculo institucional, tempo de inserção no serviço, cargas de trabalho e remuneração, conhecimento dos princípios da reforma psiquiátrica, participação em movimentos de luta antimanicomial, morbidade referida (incluindo estresse, depressão,

utilização de serviços de saúde e automedicação), satisfação com o trabalho e qualidade de vida.

9. Descrever a infra-estrutura, equipamentos e insumos, em termos de área física, insumos (material para atividades de praxiterapia), medicamentos, equipamentos (telefonia, informática, mobiliário) e sistemas de registro e de informações;
10. Avaliar a percepção e a pré-disposição dos profissionais que atuam diretamente com o PSP sobre necessidades de capacitação em recursos terapêuticos conhecidos e ainda não utilizados, com a finalidade de subsidiar as práticas dos serviços de saúde mental.

3) METODOLOGIA:

3.1 Delineamento:

Estudo epidemiológico longitudinal, tipo **coorte prospectiva**, para avaliar fatores de risco e prognóstico para a evolução da saúde mental de usuários dos CAPs. Tomando cada um dos CAPs como unidades de produção de serviços e unidade de análise, também será utilizado o delineamento **ecológico para observar o desempenho dos CAPs** em relação aos desfechos do estudo de coorte.

A construção da coorte ocorrerá em um estudo de linha de base (ELB), que caracterizará cada indivíduo e cada serviço no início do trabalho de campo (Tempo 1). Seis meses após o ELB será realizado um acompanhamento de indivíduos e serviços, ao qual se seguirá um novo acompanhamento, também com seis meses de intervalo (Tempos 2 e 3), totalizando uma janela de tempo de 18 meses de observação.

3.2 Amostra

Espera-se incluir na coorte cerca de 1400 portadores de sofrimento psíquico, freqüentadores de CAPs em Pelotas no terceiro mês de execução do projeto, uma vez que Pelotas conta com 7 CAPs - Baronesa, Fragata, Porto, Castelo, Zona Norte, Centro-Escola e AD (Álcool e Drogas) - em sua zona urbana, com uma média de 200 atendimentos / mês. Todas as unidades foram classificadas como CAPs-III, pois o município tem uma população estimada em mais de 330.000 habitantes.

3.3 Exposições

Serão consideradas as variáveis sociodemográficas e da morbidade, da rede de apoio dos usuários e do processo de trabalho nos CAPs.

3.3.1 Variáveis sociodemográficas

- sexo
- idade
- escolaridade
- raça / cor
- estado civil
- ocupação / história ocupacional
- renda familiar

3.3.2 Características da morbidade:

- diagnóstico principal – tipologia conforme os grupos de diagnósticos da CID-10:
 - o Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos (F00-F09);
 - o Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas (F10-F19);
 - o Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (F20-F29);
 - o Transtornos do humor (afetivos) (F30-F39);
 - o Transtornos neuróticos, relacionados com “stress” e somatoformes (F40-F48);
 - o Síndromes comportamentais associadas com distúrbios fisiológicos e fatores físicos (F50-F59);
 - o Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto (F60-F69);
 - o Retardo mental (F70-F79);
 - o Transtornos do desenvolvimento psicológico (F80-F89)
 - o Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente na infância ou na adolescência (F90-F98);
 - o Transtorno mental não especificado (F99).
- uso de medicamentos
- tempo de diagnóstico
- co-morbidades
- histórico de contato com serviços de saúde (internações psiquiátricas, CAPs, unidades básicas, ambulatórios de especialidades, pronto-atendimento)
 - regime de tratamento: intensivo, semi-intensivo e não intensivo.
 - plano terapêutico;

3.3.3 Rede de apoio social

- Perfil dos responsáveis e cuidadores do PSP: sexo, idade, escolaridade, parentesco;
- Alterações nas rotinas familiares em função da presença / crises do PSP;
- Acesso a serviços de saúde e medicamentos – regularidade X descontinuidade; uso de terapêuticas alternativas / complementares (chás, benzedeadas, sessão espírita, passe de umbanda...);
- Procedência e migrações internas no espaço municipal;
- História de doenças crônicas na família e co-morbidades psíquicas;
- Estratégias de cuidado domiciliar: o dia-a-dia típico da convivência com o PSP;
- As relações com a vizinhança; solidariedade, indiferença, exclusão;
- O impacto financeiro do convívio com o PSP no orçamento familiar: problemas e soluções;
- Inventário de recursos no território;
- Representações sociais sobre o PSP obtidas de: escolas, igrejas, associações de moradores; no contato com biomédicos e assimilados por outros meios, de provedores e usuários de transporte coletivo; proprietários, funcionários e freqüentadores de estabelecimentos comerciais e de lazer; serviço público e empresas; universidades

3.3.4 Processo de trabalho nos CAPs

Para o processo de trabalho, será dada ênfase à organização do trabalho, às atividades realizadas, os profissionais envolvidos, as necessidades para realizar as atividades, o tempo dispendido, as dificuldades, as sugestões e as experiências exitosas e inovadoras.

Em relação às atividades, serão estudados:

- planejamento / gestão / coordenação
- acolhimento
- vínculo
- cuidado clínico
- ações programáticas
- ações educativas
- cuidados domiciliares
- gestão da Informação
- suporte técnico / supervisão
- integralidade
- resolubilidade
- paradigmas que pautam o diálogo entre profissionais e usuários

Para a caracterização da equipe de saúde, serão considerados fatores:

- de composição das equipes;
- sociodemográficos: sexo, idade, renda familiar;
- de formação e vínculo institucional;
- capacitação;
- de tempo de inserção no serviço;
- de cargas de trabalho e remuneração;
- de conhecimento dos princípios da reforma psiquiátrica;
- de participação em movimentos de luta antimanicomial;
- de morbidade referida (incluindo estresse (Lipp, 1994), depressão (Andrade *et al*, 2001), utilização de serviços de saúde e automedicação);
- satisfação com o trabalho (Figuerola *et al*, 2001) e qualidade de vida (Fleck *et al*, 2000);

Para a caracterização da infra-estrutura serão consideradas:

- Área física;
- Insumos (material para atividades de praxiterapia), medicamentos;
- Equipamentos (telefonia, informática, mobiliário);
- Sistemas de registro e de informações.

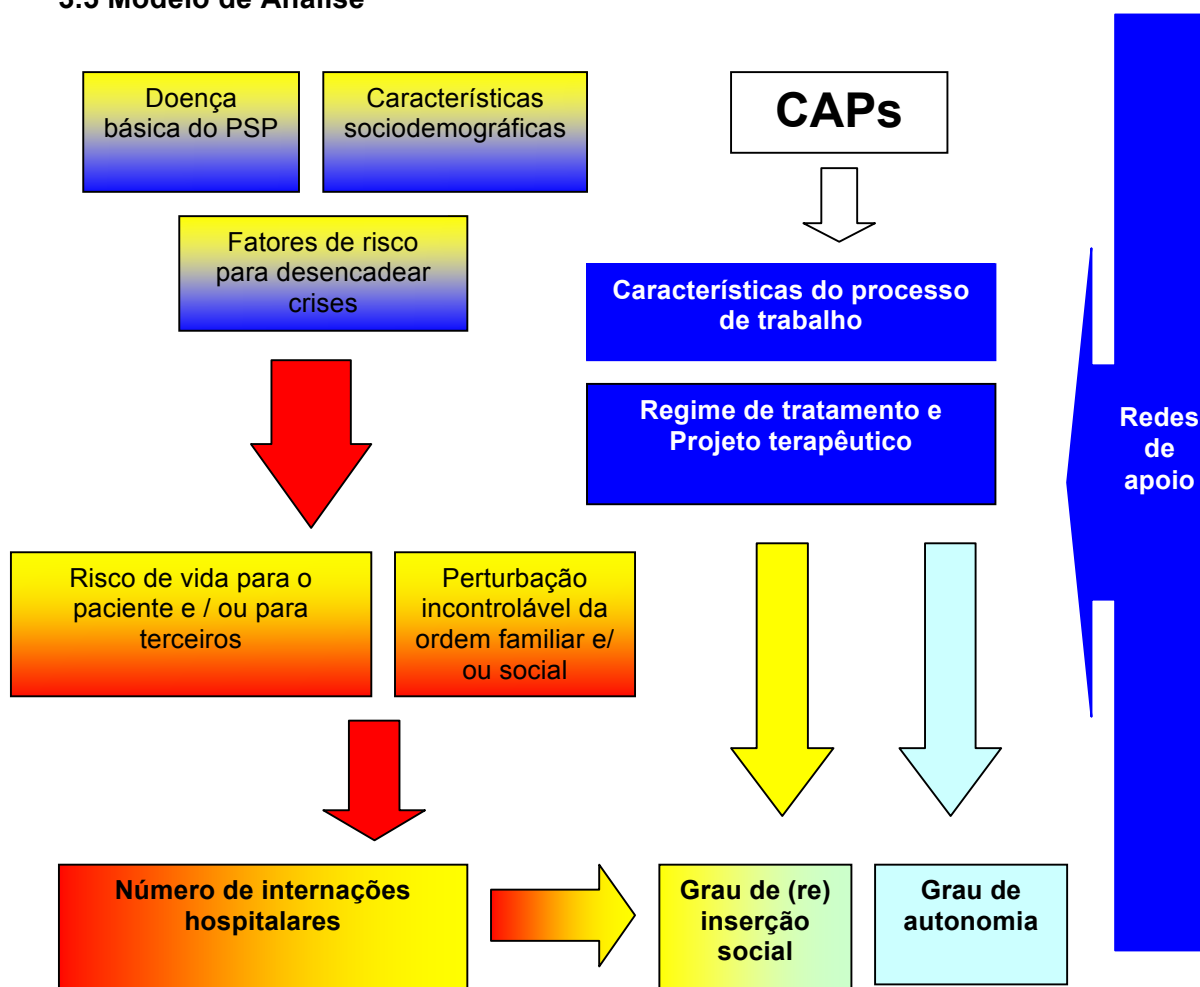
3.4 Desfechos: Os desfechos aqui considerados serão: número de internações, grau de (re) inserção social e grau de autonomia.

- O **número de internações psiquiátricas** será obtido retrospectivamente para o ano anterior e prospectivamente para o período de acompanhamento da coorte.
- O **grau de (re) inserção social** será medido através dos seguintes indicadores, modificados de Fidelis (2003):
 - (Re) inserção familiar do usuário (convivência com as pessoas que habitam o mesmo local de moradia ou com familiares mais próximos);
 - (Re) estabelecimento de contato verbal e/ou afetivo com familiares;
 - (Re) inserção na dinâmica familiar com função específica;
 - (Re) estabelecimento de contato verbal e/ou de outra ordem com técnicos do serviço;
 - Convivência com vizinhos, comunidade e demais parentes;
 - Participação no mercado de trabalho: retorno ou entrada no mercado formal / informal de trabalho;
 - Participação em oficinas geradoras de renda dentro do CAPs;
 - Participação em atividades relacionadas à educação (retorno ou ingresso na escola, participação em oficinas de alfabetização, realização de cursos profissionalizantes);

Participação em eventos coletivos dentro do CAPs: assembléias, grupos, festas, associações de usuários e familiares;
 Participação em eventos coletivos fora do serviço: associações (igreja, associação de moradores, etc.), festas;
 Assumir e cumprir compromissos fora do serviço (cumprir acordos com familiares, trabalho, escola ou comunidade);

- O **grau de autonomia** será medido através dos seguintes indicadores, modificados de Fidelis (2003):
 Alimentar-se (preparar seu próprio alimento ou solicitá-lo quando estiver com fome);
 Ir e vir desacompanhado;
 Tomar medicamento sozinho e com regularidade;
 Cuidados pessoais (banho, cuidado com roupas e pertences pessoais, higiene bucal);
 Cuidados com o local de moradia (arrumação e limpeza da casa ou do quarto);
 Lidar com dinheiro (noções sobre valor, poder de compra do dinheiro);
 Administração da vida financeira (pagar contas, administrar a pensão ou salário, gerir conta bancária);
 Reivindicar direitos (de aposentadoria ou pensões, de utilizar o transporte público gratuitamente, de participar de Conselhos e Conferências de Saúde, etc.);

3.5 Modelo de Análise



A figura ilustra o modelo de análise articula e hierarquiza as variáveis e categorias analíticas sob estudo. Considerando os portadores de sofrimento psíquico como doentes crônicos, trata-se inicialmente de caracterizá-los de acordo com sua patologia, seu perfil sócio-demográfico, os fatores de risco para o desencadeamento de crises. Esta é a unidade de análise para abordar o objeto de estudo que é o CAPs.

Cada um dos pacientes deverá ser acompanhado ao longo de doze meses para observar a exposição destes PSP a um processo de trabalho no CAPs que dá origem a um cardápio de atividades, serviços disponibilizados e a um projeto terapêutico. Inclui-se neste projeto terapêutico a rede de apoio ao mesmo. A utilização deste serviço será também uma informação importante na caracterização da exposição.

Na complexa rede que se forma, o PSP pode vir a adotar comportamentos que o exponham a risco de vida ou ofereçam risco para terceiros, ou mesmo venha a perturbar de forma significativa a ordem familiar e/ou social, o que, em uma forma extrema, resulta na hospitalização. Este é um dos desfechos a serem estudados. O grau de inserção social e de autonomia destes sujeitos são os dois outros desfechos para a coorte proposta.

O desenho do estudo pretende produzir informações sobre as relações entre as exposições e os desfechos como maneira de identificar a contribuição do CAPs na evolução do PSP durante o período de um ano.

O acompanhamento desta coorte composta por PSP de sete CAPs permite ainda em uma análise ecológica, tomando como unidade de análise o serviço, dimensionar a contribuição das variáveis abordadas nos desfechos em cada um dos diferentes CAPs estudados, revelando tendências e associações que possam identificar como estas variáveis contribuem para a evolução das necessidades do PSP.

Serão destacadas iniciativas exitosas no manejo e convivência com estes pacientes, bem como os “aliados” no território onde ele vive que signifiquem reforços positivos para uma abordagem mais bem sucedida ao problema.

3.6 Coleta de dados

Para o objetivo específico **1**, serão revisadas as bases de dados bibliográficos MEDLINE, LILACS, WEB OF SCIENCE, PSYCHOINFO e outras relacionadas à saúde mental, utilizando descritores que contemplem as especificidades do tema em questão.

Para o objetivo específico **2**, os dados serão obtidos junto à Secretaria Municipal de Saúde, à Coordenação do Programa de Saúde Mental, aos técnicos dos CAPs, ao Conselho Municipal de Saúde e aos Conselhos Locais de Saúde. Os responsáveis pela coleta destes dados serão auxiliares de pesquisa especialmente capacitados para esta atividade.

Para os objetivos **3** e **4**, será utilizado um instrumento adequado para captar as características dos modelos de atenção à saúde mental e da situação concreta dos preceitos contidas na legislação. Esta tarefa será realizada pelos mesmos responsáveis pelo objetivo 2.

O objetivo **5** será realizado através da análise de dados secundários junto às bases de dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS), por bolsistas do curso de Psicologia da UCPEL; será constituído um banco de dados, a partir do qual serão estimadas as taxas e os custos, bem como descrever as causas principais de internação no período, observando tendências nos indicadores antes e depois da implementação dos modelos substitutivos à hospitalização.

Para o objetivo específico **6**, os dados serão coletados pela equipe de entrevistadores no momento “linha de base” do estudo; os mesmos entrevistadores serão

responsáveis pela coleta de dados nos acompanhamentos; será utilizado um formulário de compilação de dados existentes nos prontuários dos CAPs (morbidade, comorbidades, tempo de diagnóstico e plano terapêutico) e um questionário padronizado para entrevista com PSP / familiar / responsável para coleta dos dados sociodemográficos e histórico de contato com serviços de saúde.

O objetivo 7 será alcançado principalmente através de grupos focais por categoria profissional, para o entendimento de todo o processo de trabalho no atendimento ao usuário dos CAPs, desde a chegada do usuário, passando pelos diferentes contatos estabelecidos.

Os responsáveis pela condução destas sessões serão os membros da equipe do projeto;

O objetivo 8 será executado de forma escalonada. Em um primeiro momento serão entrevistados com um questionário auto-aplicado e padronizado todos os profissionais de saúde dos CAPs. Logo após, sub-grupos por categoria profissional serão entrevistados com abordagem qualitativa para complementar e checar se o instrumento foi capaz de captar as informações relativas à, por exemplo, satisfação com o trabalho, posicionamento frente aos princípios da reforma psiquiátrica e outros conteúdos .

Para o objetivo 9, será utilizado um instrumento descritivo que inventarie toda a infraestrutura disponível, quantitativa e qualitativamente.

O objetivo 10 será captado através das entrevistas com os técnicos e dos grupos focais.

3.7 Recursos necessários:

Listamos a seguir os recursos previstos para a execução do projeto, cujas atividades são resumidas a seguir. O detalhamento orçamentário encontra-se no formulário eletrônico da proposta.

- Revisão bibliográfica
- Construção do banco de dados
- Coleta de dados secundários
- Entrevistas com
 - Gestores
 - Trabalhadores dos CAPs
 - Conselho Municipal de Saúde
 - Conselhos Locais de Saúde
- CAPs
 - Identificação da estrutura
 - Descrição do processo de trabalho
- PSP
 - Identificação do projeto terapêutico
 - Descrição da rede de apoio
- Acompanhamento, identificação e descrição dos desfechos
- Codificação
- Digitação
- Secretaria

Pessoal:

Entrevistadores, supervisores de trabalhos de campo, auxiliares de pesquisa, transcritores de gravações, digitadores.

Todos os envolvidos no estudo serão selecionados entre estudantes universitários, com exceção dos supervisores de trabalho de campo e dos auxiliares de pesquisa. O perfil destes técnicos de nível superior será definido posteriormente. Após a seleção, será realizado um extenso treinamento nas técnicas de coleta de dados, qualitativas e quantitativas.

Material de consumo:

Pranchetas, lápis, borracha, apontadores, cliques, mochilas, vales-transporte, cartuchos de toner para impressora, folhas A4, cartão telefônico, CD, disquetes.

Equipamentos:

Computadores, impressoras, gravadores digitais, projetor de multimídia, máquinas fotográficas digitais. Após o término da pesquisa, os computadores serão doados aos CAPS.

Serviços de terceiros e encargos:

Confecção dos instrumentos

Aquisição de material bibliográfico

Realização de um seminário final para apresentação dos resultados (contrato de empresa para apoio audiovisual), material de divulgação, passagens e diárias para convidados (Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde, Coordenadoria Regional de Saúde)

Manutenção de equipamentos

4) RESULTADOS ESPERADOS (tanto do ponto de vista do avanço do conhecimento, quanto daqueles com perspectiva de aplicação no Sistema Único de Saúde – SUS, geração de patentes, produtos, processos ou serviços especializados):

Os resultados desta pesquisa podem ser agrupados em cinco esferas:

- a) **Institucional:** a gestão municipal em saúde e em particular a Coordenação de Saúde Mental disporão de uma completa caracterização da realidade dos cuidados de atenção psicossocial em Pelotas, com a identificação de pontos nodais suscetíveis de intervenção pró-ativa;
- b) **Assistencial:** a identificação de fatores prognósticos ao manejo qualificado dos portadores de sofrimento psíquico poderá ser revertida imediatamente na readequação de práticas clínicas, terapêuticas e de apoio;
- c) **Formação e valorização profissional:** o olhar mais acurado sobre o processo de trabalho no interior dos CAPs permitirá reunir subsídios para programas de educação em serviço, além de elencar um conjunto mínimo de habilidades e saberes esperados na formação acadêmica dos profissionais envolvidos no cuidado psicossocial. A Escola de Psicologia da UCPel já mantém parceria com a Secretaria Municipal de Saúde junto ao CAPs-Centro, com atividades vinculadas ao ensino. Estas atividades poderiam ser reforçadas de modo importante com a execução deste projeto.

- d) **Produção de conhecimento:** publicação de resultados em periódicos de divulgação científica de primeira linha, contribuindo para a qualificação dos pesquisadores e programas de pós-graduação das instituições envolvidas (Mestrado em saúde e Comportamento – UCPel e Mestrado e Doutorado em Epidemiologia – UFPel); disponibilizar referências para iniciativas de organização e avaliação de serviços de saúde mental; possibilidade de envolver alunos, tanto de pós-graduação como de graduação, nas atividades do projeto.
- e) **Generalização dos resultados:** apesar do estudo ser restrito a um município, acredita-se que seus achados possam ser aplicados a outros de porte e situação similar, principalmente no tocante às características do processo de trabalho.

05) CRONOGRAMA:

| Atividades | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | | |
|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|---|
| Revisão de literatura | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | | | | | | | | | | | | | | |
| Caracterização da atenção psicossocial no município | x | x | x | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Constituição da coorte | | | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Estudo de linha de base | | | x | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Caracterização do processo de trabalho nos CAPs e da rede de apoio ao PSP | | | x | x | x | x | x | x | x | | | | | | x | x | x | | | | | | | | | |
| Acompanhamento | | | | | | | | | | x | x | | | | | | | | | | | | | | | |
| Análises preliminares | | | | | x | x | x | x | x | | | | x | x | x | x | x | | | | | | | | | |
| Análises finais | | | | | | | | | | | | | | | | | x | x | x | x | | | | | | |
| Seminário para apresentação e discussão dos resultados | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | x | | |
| Relatório final e redação de artigos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | x | x | x | x |

06) INFORMAR E ESPECIFICAR O TIPO DE COLABORAÇÃO/PARCERIA COM OUTRAS INSTITUIÇÕES/EMPRESAS, INDICANDO A CONTRAPARTIDA OFERECIDA PARA O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA PROPOSTA:

Para este estudo está sendo instituída uma colaboração com técnicos da Universidade Federal de Pelotas (Luiz Augusto Facchini, Roberto Xavier Piccini e Elaine Thumé), com experiência em avaliação de programas e políticas de saúde. A colaboração dos técnicos da UFPel é no âmbito da revisão da bibliografia, na construção dos instrumentos, no acompanhamento da coleta de dados e na análise dos achados,

tendo como contrapartida a disponibilidade de carga horária para o estudo e disponibilizando a infra-estrutura do Centro de Pesquisas Epidemiológicas do Departamento de Medicina Social, e as dependências do Departamento de Enfermagem, para as atividades que forem necessárias ao desenvolvimento do estudo, incluindo a seleção e capacitação dos recursos humanos que farão a coleta dos dados.

O mais recente envolvimento deste grupo está sendo a coordenação da Avaliação da Atenção Básica no âmbito do PROESF (Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família), para o Ministério da Saúde (Facchini *et al*, 2005), com responsabilidade pelos Lotes 2 do Sul e do Nordeste, com 41 municípios de mais de 100.000 habitantes em sete unidades da federação (RS, SC, AL, PB, PI, PE e RN). O objetivo é investigar se o PROESF, como política pública, e o PSF, como estratégia de mudança do modelo assistencial na rede básica, estão determinando uma melhoria do acesso e da qualidade da atenção em saúde e, assim, contribuindo para a melhoria da situação de saúde da população. Do ponto de vista quantitativo, avaliamos o quanto as exposições ao PROESF e ao PSF afetam a variabilidade de indicadores de cobertura e desempenho do sistema de saúde e de situação de saúde da população.

O grupo também foi responsável na condução do estudo sobre “Perfil sociodemográfico, epidemiológico e capacidade instalada em saúde no Brasil: subsídios à política de regulação do acesso, formação e capacitação de profissionais de saúde”, para o Ministério da Saúde, em 2004.

A experiência acumulada por estes Departamentos, com o desenvolvimento da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, que ocorreu no período de 2002 a 2004, possibilitou a inclusão da temática da saúde mental na formação de médicos e enfermeiros, no âmbito do Programa de Saúde da Família e demonstrou ser uma das áreas em que há necessidade de investimento na formação dos profissionais e na rede de apoio a usuários e familiares.

A Secretaria Municipal de Saúde, órgão máximo da gestão da saúde pública no âmbito do Sistema Único de Saúde, constitui-se parceira e uma das principais interessadas nos resultados deste estudo. Em função da escassez de recursos, sua contrapartida refere-se à aquisição de passagens para as autoridades convidadas ao Seminário de apresentação e discussão dos resultados e no acolhimento da equipe de pesquisa no acesso aos CAPs.

07) INFRAESTRUTURA BÁSICA E DE APOIO TÉCNICO DISPONÍVEIS NAS INSTITUIÇÕES EXECUTORA E COLABORADORAS:

A instituição executora (UCPEL) disponibilizará, além da carga horária de seus técnicos para o estudo, suas dependências e equipamentos para desenvolvimento das atividades do projeto. A professora responsável pelo estudo (Elaine Tomasi) tem Doutorado em Epidemiologia, com ênfase na avaliação de serviços de saúde e atualmente na equipe coordenadora do estudo do PROESF. Os professores colaboradores vinculados à UCPEL têm formação compatível com as necessidades na condução e análise do estudo (Mestrado e Doutorado em Antropologia Social pela UFRGS – Helen Gonçalves,– e Doutorado em Psicologia pela Universidade de Minho – Portugal – Ricardo Silva) e participarão ativamente de todas as fases do estudo, incluindo o detalhamento da metodologia e da logística do trabalho de campo, preparação dos instrumentos, processamento e análise dos dados.

A instituição colaboradora (UFPEL) também disponibilizará sua infra-estrutura física (salas para sediar as atividades do projeto), de equipamentos (informática e telefonia) e de recursos humanos de apoio (secretaria), atualmente utilizada para o estudo do PROESF.

08) ESTRATÉGIAS DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS DAS PESQUISAS E/OU DE TRANSFERÊNCIA DE TECNOLOGIA:

Os relatórios parciais e finais do estudo serão a fonte inicial de divulgação dos resultados para os CAPs e para a Coordenação de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde. Além disso, serão elaborados artigos e apresentações para divulgação dos resultados para os meios acadêmicos e para o público em geral.

Prevê-se a realização de um seminário ao final do estudo, com os profissionais dos CAPs, para apresentação e discussão dos resultados, como forma de devolução e aprimoramento da estrutura dos CAPs locais.

Todos os instrumentos e materiais utilizados na pesquisa serão disponibilizados aos profissionais de saúde dos serviços e dos níveis centrais de gestão, bem como às Escolas de Medicina, Enfermagem, Psicologia e Serviço Social, de ambas as Universidades.

Os resultados serão publicados em periódicos de divulgação científica de primeira linha, contribuindo para a qualificação dos pesquisadores e programas de pós-graduação das instituições envolvidas; disponibilizar referências para iniciativas de organização e avaliação de serviços de saúde mental;

09) APOIOS RECEBIDOS DE OUTROS PROGRAMAS SIMILARES:

Até o momento, esta proposta não foi encaminhada a nenhuma agência de financiamento ou de fomento.

10) ASPECTOS LEGAIS DE BIOÉTICA, BIOSSEGURANÇA, EXPEDIÇÕES CIENTÍFICAS, PROPRIEDADE INTELECTUAL E OUTRAS DETERMINAÇÕES PERTINENTES:

A proposta envolve exclusivamente a realização de observações e entrevistas, aplicação de questionários e discussão em grupos focais, não incluindo coleta de material biológico, ou experimento com seres humanos. Esta característica torna o estudo de risco ético mínimo, segundo parâmetros definidos pela Organização Mundial da Saúde na publicação "*International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects*" (CIOMS, 1993).

A participação dos indivíduos no estudo – tanto de usuários dos CAPs e seus familiares, como de profissionais de saúde, – ocorrerá através de consentimento informado. A confidencialidade da informação individual identificada e o direito de recusa em participar serão plenamente garantidos.

A proposta de pesquisa será submetida às Comissões de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas e da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, instituição colaboradora neste projeto. De acordo com a Portaria 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

11) PRINCIPAIS REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Amaral, M. A. A. Atenção à saúde mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial. Rev. Saúde Pública 1997;31(3):288-95.

Amarante, P. N. Novos sujeitos, novos direitos: o debate sobre a reforma psiquiátrica no Brasil. Cad. Saúde Públ 1995;11(3):491-94.

Amarante P, Carvalho, A.L. Avaliação de qualidade dos novos serviços de Saúde Mental: em busca de novos parâmetros. Saúde em Debate 1996;52:74-82.

Andrade, L., Gorenstein, C., Vieira Filho, H., Tung, T. C., Artes, R. Psychometric properties of the Portuguese version of the State-Trait anxiety inventory applied to college students: factor analysis and relation to the Beck Depression Inventory. Braz J Med Biol Res 2001;34(3):367-374.

Andreoli, S., Almeida Filho, N., Coutinho, E. S., Maria, J. J. Identificação de casos psiquiátricos em estudos epidemiológicos multifásicos: métodos, problemas e aplicabilidade. Rev. Saúde Pública, 2000;34(5):475-83.

Brasil, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196/96. Brasília: MS; 1996.

Cioms (Council for International Organization of Medical Sciences), Who (World Health Organization). International ethical guidelines for biomedical research involving human subjects. Geneva: CIOMS, WHO; 1993.

Dias da Costa, J. S., Menezes, A. M. B., Olinto, M. T. A. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. Rev. bras. epidemiol 2002;5(2):164-73.

Dias da Costa, J. S., Silveira, M. F., Gazalle, F. K. Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional. Rev. Saúde Pública, 2004;32(2):284-91.

Facchini, L. A., Piccini, R. X., Tomasi, E., Thumé, E. Projeto de Monitoramento e Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF). Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 2005.

Fidelis, P. O desafio da produção de indicadores para avaliação de serviços de saúde mental: um estudo de caso do Centro de Atenção Psicossocial Rubens Corrêa, RJ. In: Amarante PP, editor. Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Engenheiro Paulo de Frontin. Rio de Janeiro: NAU; 2003.

Figueroa NL, Schufer M, Muinos R. Um Instrumento para a Avaliação de Estressores Psicossociais no Contexto de Emprego. Psicol. Reflex. Crit. 2001;14(3):653-59.

Fleck MP, Louzada S, Xavier M. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". Rev Saúde Pública 2000;34(2):178-83.

Franco, S. O., Coelho, E. B. S. C. Conhecimento sobre conceitos da reforma psiquiátrica de profissionais de um centro de atenção psicossocial (CAPs). In: ABRASCO, editor. Anais do III Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde; 2005 9 a 13 de julho; Florianópolis: UFSC,; 2005.

- Galduroz, J. C. F., Noto, A. R., Nappo, S. A. Primeiro levantamento domiciliar sobre o abuso de drogas no Estado de São Paulo Brasil 1999: principais resultados. *Sao Paulo Med. J* 2003;121(6):231-37.
- Goldberg, J. Clínica da psicose: um projeto na rede pública. Rio de Janeiro: Te-Corá, Instituto Franco Basaglia,; 1994.
- Habicht, J. P., Victora, C. G., Vaughan, J. P. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. *Int J Epidemiol* 1999;28(1):10-8.
- Lima, M. S. Epidemiologia e impacto social. *Rev. Bras. Psiquiatr* 1999;21(1):1-5.
- Lipp, M.G., Arnaldo J. De Hoyos. Validação empírica do Inventário de Sintomas de Stress. *Estudos de Psicologia* 1994;11(3):43-49.
- Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial. Brasília,,: MS; 2004.
- Moscovis. A representação social da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.
- Pádua, A. C., Gama, C. S., Lobato, M. I. R., Abreu, P. S. B. Esquizofrenia. In: Cordioli AV, editor. *Psicofármacos - baseado em evidências*. São Paulo: Artmed; 2005.
- Pitta, A. Determinantes da qualidade dos serviços de saúde mental em municípios brasileiros - Estudo da satisfação com os resultados das atividades desenvolvidas por pacientes, familiares e trabalhadores dos serviços. *J Bras Psiquiat* 1995;44(9):441-52.
- Pitta, A. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1996.
- Rothman, K. J., Greenland, S. *Modern epidemiology*. Philadelphia: Lippincott WW; 1998.
- Saraceno B. et al. Evaluation of Psychiatric Services: Hard and soft indicators in Innovative Approaches. *In Service Evaluations: Cosumer Contribution to Qualitative Evaluation - Soft Indicators*. Geneva: WHO/MND; 1993.
- Shansis, F. M., Cordioli, A. V. Transtornos do espectro do humor bipolar. In: AV C, editor. *Psicofármacos - baseado em evidências*. São Paulo: Artmed; 2005.
- Tenorio, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *Hist. cienc. saude-Manguinhos* 2002;91:25-59.
- Torre, E. H., Amarante, P. P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Ciênc. saúde coletiva*, 2001;6(1):73-85.
- Vasconcelos E. Avaliação de serviços no contexto da desinstitucionalização psiquiátrica: revisão de metodologias e estratégias de pesquisa. *J Bras Psiquiat* 1995;44(4):189-197.
- Vaughan, R. Evaluation and public health. *Am J Public Health* 2004;94(3):360.
- Vieira Filho, N. G., Nobrega, S. M. Atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede socia. *Estud. psicol.* 2004;9(2):373-79.
- Xavier, F. M. F., Ferraz, M. P. T., Trenti, C. M. Transtorno de ansiedade generalizada em idosos com oitenta anos ou mais. *Rev. Saúde Pública*, 2001;35(3):294-02.