

**OS CAPS E OS CUIDADOS PSICOSSOCIAIS:
CENÁRIOS E POSSIBILIDADES NA EVOLUÇÃO
DOS PORTADORES DE SOFRIMENTO PSÍQUICO
EM PELOTAS-RS**

CNPq - Edital 07/2005 Saúde Mental – Processo: 554554/2005-4

RELATÓRIO FINAL

MARÇO DE 2008

COORDENAÇÃO

Elaine TOMASI – UCPEL

Ricardo Azevedo da SILVA - UCPEL

Luiz Augusto FACCHINI – UFPEL

Roberto Xavier PICCINI – UFPEL

Elaine THUME – UFPEL

Helen Denise Gonçalves da SILVA – UFPEL

AUXILIARES DE PESQUISA E BOLSISTAS (ORDEM ALFABÉTICA)

Alex Kirst Post	Magali Armendaris Halal
Alisson Muller Morales	Margarete Hirdes Antunes
Alitéia Santiago Dilélio	Mariângela Fonseca da Paz
Ana Cláudia Azeredo Correa BIC/UCPel	Marta Lopes Tonollier
Andressa Costa Al-Alam	Omar Bainy
Augusto Duarte Faria	Patrick Tedesco
Bárbara Araújo Gheno	Rafaela Corrêa
Charlise Schwantz de Lima	Raquel Nolasco Rizzo
Cléia Regina Aires Vieira	Raquel Ziemann Campos
Danton Duro Filho	Renata Muenzer
Elisa Trilho Otero Py Crespo	Roberta Barros Almeida
Emanuele Noely Braga	Roberta Damasceno Fonseca
Fátima dos Santos Maia	Russélia Vanila Godoy BIC/UCPel
Fernanda Elizalde Perleberg BIC/UCPel	Suéle Manjourany Silva
Francine Gomes Xavier	Suélen dos Santos Saraiva
Gilberto Thumé Beier	Susana Vieira
Gracyelle Pólvora Feijó	Taís Manjourany Leivas BIC/UCPel
Inês Vianna Pereira BIC/UCPel	Taís Rodrigues. Santos
Itatiana Vergara - BIC/UCPel	Thiago Garcia Martins
Ivelissa da Silva	Tiemi Teixeira Sato PIBIC/CNPq
Janaína Ongaratto Rodrigues	Turene Bastos
Josiane Costa Espanton - PIBIC/CNPq	Vanessa Andina Teixeira
Karen Jansen	Vanessa Corrêa Bacelo
Lilian Molina	Vanessa Passos
Lívia Malta Pontes	Viviane Porto Tabeleão BIC/UCPel
Luciana de Ávila Quevedo	

AGRADECIMENTOS

- Ao CNPq, pelo apoio financeiro;
- À Escola de Psicologia (UCPEL), pelo tempo dedicado à pesquisa;
- Ao Mestrado em Saúde e Comportamento (UCPEL), pela apoio logístico sediando as atividades acadêmicas;
- À Secretaria Municipal de Saúde, em especial ao Programa de Saúde Mental, pelo apoio ao estudo e por “abrir as portas” dos CAPS às equipes da pesquisa;
- Aos coordenadores dos CAPS e demais membros das equipes, pela disponibilidade e pela confiança;
- Aos ex-coordenadores de saúde mental da Secretaria Municipal de Saúde e aos ex-técnicos dos CAPS, pela contribuição na recuperação da história da atenção psicossocial em Pelotas;
- A todos os usuários e familiares, pela paciência e disposição em responder aos entrevistadores;
- Aos bolsistas de Iniciação Científica da UCPEL, pelo trabalho incansável;
- Aos entrevistadores e colaboradores, sem os quais todo o esforço mobilizado para este estudo teria sido em vão.

SUMÁRIO	Página
RESUMO	09
1. APRESENTAÇÃO	11
2. INTRODUÇÃO	12
2.1 Objetivos	15
3. METODOLOGIA	17
3.1 Componentes do estudo	17
3.2 Processamento e análise dos dados	24
3.3 Controle de qualidade	25
4. RESULTADOS	26
4.1 Evolução das políticas municipais de saúde mental	26
4.2 Estudo de linha de base	35
4.2.1 Usuários	36
4.2.2 Cuidadores domiciliares	57
4.3 Estudo de acompanhamento	64
4.3.1 Usuários	65
4.3.2 Cuidadores domiciliares	66
4.4 Profissionais	68
4.4.1 Inquérito descritivo	68
4.4.2 Estudo qualitativo	82
4.5 Estrutura dos serviços	92
4.6 Revisão dos prontuários	99
4.7 Internações psiquiátricas SIH/SUS (2001-2006)	102
4.8 Revisão sistemática da literatura	104
5. CONCLUSÕES	107
6. REFERÊNCIAS	113
7. ANEXOS	117

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Distribuição dos usuários de acordo com características demográficas. Pelotas, RS, 2007.	38
Tabela 2.	Tipos de medicamentos mais utilizados. Pelotas, RS, 2007.	39
Tabela 3.	Distribuição dos usuários de acordo com a utilização de serviços ambulatoriais. Pelotas, RS, 2007.	41
Tabela 4.	Distribuição dos usuários de acordo com a referência às atividades de lazer. Pelotas, RS, 2007.	47
Tabela 5.	Distribuição dos usuários de acordo com os destaques de opinião aos aspectos positivos dos CAPS. Pelotas, RS, 2007.	49
Tabela 6.	Distribuição dos usuários de acordo com os destaques de opinião aos aspectos negativos dos CAPS. Pelotas, RS, 2007.	49
Tabela 7.	Distribuição dos usuários de acordo com as sugestões para a melhoria dos serviços. Pelotas, RS, 2007.	50
Tabela 8.	Distribuição dos usuários de acordo com a participação em oficinas terapêuticas nos CAPS. Pelotas, RS, 2007.	52
Tabela 9.	Distribuição dos usuários de acordo com a opinião sobre as oficinas terapêuticas nos CAPS. Pelotas, RS, 2007.	52
Tabela 10.	Distribuição dos usuários de acordo com a participação em grupos nos CAPS. Pelotas, RS, 2007.	54
Tabela 11.	Distribuição dos usuários de acordo com a opinião sobre os grupos nos CAPS. Pelotas, RS, 2007.	54
Tabela 12.	Distribuição dos usuários de acordo com o motivo da visita domiciliar de técnicos do CAPS. Pelotas, RS, 2007.	55
Tabela 13.	Características sociodemográficas dos cuidadores dos usuários dos CAPS. Pelotas, RS, 2007.	58
Tabela 14.	Características das relações dos cuidadores com os usuários dos CAPS. Pelotas, RS, 2007.	59
Tabela 15.	Indicadores de autonomia e escore de dependência do usuário. Pelotas, RS, 2007.	60
Tabela 16.	Comparação entre desfechos em usuários. Pelotas, RS, 2007.	66
Tabela 17.	Comparação entre desfechos em familiares. Pelotas, RS, 2007.	68
Tabela 18.	Distribuição dos profissionais de acordo com características sociodemográficas. Pelotas, RS, 2007.	71
Tabela 19.	Distribuição dos profissionais de acordo com características do trabalho. Pelotas, RS, 2007.	72
Tabela 20.	Problemas de saúde dos profissionais, utilização de medicamentos e falta ao trabalho. Pelotas, RS, 2007.	77
Tabela 21.	Média e desvio-padrão dos escores dos domínios de qualidade de vida (WHOQOL) dos profissionais dos CAPS. Pelotas, RS, 2007.	79
Tabela 22.	Informações disponíveis nos prontuários. Pelotas, RS, 2007.	100
Tabela 23.	Evolução da taxas de internação psiquiátrica. Pelotas, RS, 2001 a 2006.	102

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Modelo Teórico	14
Figura 2.	Distribuição dos usuários de acordo com o grupo diagnóstico. Pelotas, RS, 2007.	36
Figura 3.	Distribuição dos usuários de acordo com a modalidade de tratamento. Pelotas, RS, 2007.	37
Figura 4.	Número de medicamentos utilizados pelos usuários. Pelotas, RS, 2007.	39
Figura 5.	Distribuição dos usuários de acordo com o acesso aos medicamentos. Pelotas, RS, 2007.	40
Figura 6.	Usuários que não receberam toda a medicação que precisavam de acordo com a modalidade. Pelotas, RS, 2007.	41
Figura 7.	História de internação a partir da frequência ao CAPS. Pelotas, RS, 2007.	42
Figura 8.	Proporção de usuários com internação antes e depois do CAPS. Pelotas, RS, 2007.	43
Figura 9.	Distribuição dos usuários de acordo com outros problemas de saúde referidos. Pelotas, RS, 2007.	44
Figura 10.	Distribuição dos usuários de acordo com a percepção sobre si no último ano (escala de faces). Pelotas, RS, 2007.	45
Figura 11.	Participação dos usuários em atividades associativas no último ano. Pelotas, RS, 2007.	48
Figura 12.	Participação (%) em oficinas terapêuticas e modalidade de atendimento. Pelotas, RS, 2007.	51
Figura 13.	Participação (%) em grupos e modalidade de atendimento. Pelotas, RS, 2007.	53
Figura 14.	Distribuição dos usuários de acordo com o tempo de frequência ao CAPS (anos). Pelotas, RS, 2007.	55
Figura 15.	Déficit cognitivo (%) de acordo com o tipo de transtorno. Pelotas, RS, 2007.	57
Figura 16.	Sobrecarga do cuidador de acordo com o tipo de transtorno. Pelotas, RS, 2007.	62
Figura 17.	Satisfação do familiar com o CAPS. Pelotas, RS, 2007.	64
Figura 18.	Situação usuário-cuidador no acompanhamento em relação à linha de base. Pelotas, RS, 2007.	67
Figura 19.	Distribuição dos profissionais conforme a função. Pelotas, RS, 2007.	70
Figura 20.	Atividades desempenhadas pelas equipes nos CAPS. Pelotas, RS, 2007.	73
Figura 21.	Profissionais que desempenham seis ou mais atividades diferentes nos CAPS. Pelotas, RS, 2007.	74
Figura 22.	Avaliação dos profissionais sobre o trabalho dos CAPS. Pelotas, RS, 2007.	75

Figura 23.	Avaliação dos profissionais sobre o trabalho dos CAPS. Pelotas, RS, 2007 (cont).	75
Figura 24.	Média e desvio-padrão dos escores do domínio físico, de acordo com a profissão. Pelotas, RS, 2007.	80
Figura 25.	Média e desvio-padrão dos escores do domínio psicológico, de acordo com a profissão. Pelotas, RS, 2007.	80
Figura 26.	Média e desvio-padrão dos escores do domínio das relações sociais, de acordo com a profissão. Pelotas, RS, 2007.	81
Figura 27.	Média e desvio-padrão dos escores do domínio ambiente, de acordo com a profissão. Pelotas, RS, 2007.	81
Figura 28.	Fluxo do acolhimento do usuário nos CAPS. Pelotas, RS, 2007.	85
Figura 29.	Informações existentes nos prontuários dos usuários dos CAPS. Pelotas, RS, 2007.	101
Figura 30.	Informações existentes nos prontuários dos usuários dos CAPS. Pelotas, RS, 2007 (cont.)	101
Figura 31.	Taxa de internação psiquiátrica (p/100.000 hab). Pelotas, RS, 2001-2006.	103
Figura 32.	Distribuição proporcional das internações psiquiátricas por grupos de causas. Pelotas, RS, 2001- 2006.	103
Figura 33.	Representação do processo de seleção dos artigos relevantes para a revisão de literatura. Pelotas, RS, 2007.	104

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.	Usuários identificados nos CAPS, entrevistados e não entrevistados na linha de base. Pelotas, RS, 2006.	35
Quadro 2.	Usuários entrevistados na linha de base e no estudo de acompanhamento. Pelotas, RS, 2007.	65
Quadro 3.	Distribuição dos profissionais por CAPS e amostra estudada. Pelotas, RS, 2007.	69
Quadro 4.	Características da área física e sua utilização nos CAPS. Pelotas, RS, 2007.	94
Quadro 5.	Características da área física e sua utilização nos CAPS. Pelotas, RS, 2007 (cont.)	95

ANEXOS

- I Ficha de Identificação da Coorte
- II Localização e agendamento de entrevista domiciliar
- III Consentimento livre e informado para participação na pesquisa – Linha de base
- IV Consentimento livre e informado para participação na pesquisa – Acompanhamento
- V Questionário do usuário – Linha de base
- VI Questionário do familiar – Linha de base
- VII Manual de instruções – Usuário – Linha de base
- VIII Manual de instruções – Familiar – Linha de base
- IX Questionário do usuário - Acompanhamento
- X Questionário do familiar - Acompanhamento
- XI Manual de instruções – Usuário - Acompanhamento
- XII Manual de instruções – Familiar - Acompanhamento
- XIII Formulário para extração de dados dos prontuários
- XIV Roteiro para avaliação da estrutura física dos CAPS
- XV Questionário para os profissionais
- XVI Questionário Controle de Qualidade – Linha de base
- XVII Questionário Controle de Qualidade – Acompanhamento
- XVIII Ficha extra para psicofármacos

LISTA DE SIGLAS

- CAPS – Centro de Apoio Psicossocial
- CID 10 – Classificação Internacional de Doenças – 10ª revisão
- MS – Ministério da Saúde
- NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
- PSP - Portador de Sofrimento Psíquico
- SIH – Sistema de Informação Hospitalar
- SMS – Secretaria Municipal de Saúde
- SUS – Sistema Único de Saúde
- UBS – Unidade Básica de Saúde
- UCPEL – Universidade Católica de Pelotas
- UFPEL – Universidade Federal de Pelotas

RESUMO

O objetivo geral do estudo foi identificar fatores de risco e prognósticos para a evolução da saúde mental entre usuários dos CAPS, incluindo a organização e divisão das atividades, as estruturas, equipamentos e tecnologias utilizadas, além do perfil das equipes, das características dos usuários e da rede de apoio social. O estudo teve seis componentes: uma caracterização da evolução das políticas de saúde mental com ênfase no âmbito local; um estudo de coorte, duas visitas domiciliares a usuários e familiares; um estudo transversal, para revisão dos prontuários, avaliação da estrutura e caracterização das equipes; um estudo qualitativo para caracterização do processo de trabalho e das dinâmicas das relações entre profissionais e usuários dos serviços; um levantamento das internações psiquiátricas no município de 2001 a 2006, a partir de dados secundários; e uma revisão sistemática da literatura. Foram estudados 1013 usuários na linha de base e 875 no acompanhamento, além de 874 e 695 familiares, respectivamente. Um total de 1131 prontuários foram revisados e 112 profissionais foram entrevistados. A maioria dos usuários estava em tratamento por transtornos de humor (39%), esquizofrenia (24%) e neuroses (13%). Cerca de dois terços eram mulheres, com baixa escolaridade e renda familiar. Mais de 90% usavam medicamentos, principalmente antipsicóticos e ansiolíticos. A hospitalização psiquiátrica nos últimos 12 meses ocorreu para 9% dos entrevistados. Quase metade dos usuários (48%) teve pelo menos uma internação antes de freqüentar o CAPS e somente 15% precisou de hospitalização após iniciar a freqüentar o CAPS. O tempo médio de tratamento no CAPS foi de 3,5 anos e em 70% dos casos houve relato de crises mais espaçadas ou inexistentes e mais fracas após a freqüência aos serviços. Somente um terço dos usuários referiu participação em alguma oficina ou grupo, e a principal sugestão é de que as equipes tenham mais profissionais e com mais qualificação. Para mais de metade dos entrevistados, o melhor do CAPS são as atividades artísticas e de lazer, além do convívio social e os atendimentos. A maioria dos cuidadores é o cônjuge (32%) e 58% referiu ter que cuidar do usuário todos os dias. O grau de dependência em atividades da vida diária foi elevado para 32% dos entrevistados. Muitos familiares (40%) têm ou tiveram problemas de nervos e a presença de transtornos mentais comuns, aferida pelo SRQ, foi de 42%. A estes familiares devem ser direcionados programas específicos que lhes apóiem na tarefa de cuidar, compartilhada com os serviços. A maior proporção de profissionais estava vinculado às atividades das oficinas - artesão, arte-terapeuta, educadores físicos (17%), seguido dos psicólogos (16%), serviços gerais (14%), recepcionistas e auxiliares / técnicos de enfermagem (13%), assistentes sociais e enfermeiros (10%) e em menor proporção os médicos (7%). A precarização dos vínculos, a pouca capacitação, a falta de supervisão e o adoecimento vinculado às condições de trabalho

são alguns aspectos que podem ser melhorados. Observou-se grande proporção de prontuários sem informações importantes, como o plano terapêutico individual (PTI) atualizado, a ficha de medicação atualizada, a identificação do técnico de referência e a modalidade de atendimento por ocasião do ingresso do paciente no serviço. Em 63% dos prontuários havia informações ilegíveis. A baixa qualidade dos dados oriundos dos prontuários motivou a implantação de um sistema de registro eletrônico em todos os CAPS. Com recursos do projeto, cada um dos CAPS está recebendo um microcomputador com um aplicativo desenvolvido especialmente para o cadastro dos usuários, dos atendimentos e emissão das APACs. Resultados preliminares da revisão de literatura apontam para a necessidade de articulação da rede de atenção psicossocial com a atenção básica, a carência de instrumentos de avaliação e a importância de cuidar e valorizar os cuidadores, profissionais ou familiares.

1. APRESENTAÇÃO

Este relatório apresenta os procedimentos metodológicos e os resultados da pesquisa "**OS CAPS E OS CUIDADOS PSICOSSOCIAIS: CENÁRIOS E POSSIBILIDADES NA EVOLUÇÃO DOS PORTADORES DE SOFRIMENTO PSÍQUICO EM PELOTAS-RS**", contemplada com recursos do CNPq, através do Edital 07/2005 - Saúde Mental - Processo: 554554/2005-4 e realizada nos anos de 2006 e 2007.

Na **Introdução** é apresentado o panorama que justificou o estudo e o modelo teórico utilizado na abordagem da temática, incluindo os objetivos propostos.

Na **Metodologia** estão descritos os diferentes componentes do estudo, os procedimentos realizados em sua condução e os resultados do controle de qualidade.

Os **Resultados** estão apresentados por componente. Inicia-se com uma análise da evolução das políticas municipais na gestão da saúde mental nos últimos 20 anos. Após, estão os dados dos usuários e seus familiares, obtidos no estudo de coorte (linha de base e acompanhamento). Em seguida, são caracterizados os trabalhadores dos CAPS, incluindo os achados do estudo qualitativo. Segue-se a descrição da estrutura física dos serviços e os dados obtidos com a revisão dos prontuários. Por fim, apresenta-se um perfil das internações psiquiátricas em Pelotas nos últimos seis anos e os resultados da revisão sistemática da literatura até o momento.

Na seção de **Conclusões**, são relacionados os principais resultados do estudo, incluindo recomendações aos gestores da saúde mental, de modo a contribuir para o aprimoramento da atenção psicossocial em nosso município. Nesta seção também são elencadas as iniciativas desencadeadas pelo estudo e que devem constituir-se em elementos de capacitação das equipes em prol da qualificação da atenção.

Os **Anexos** disponibilizam todos os instrumentos e materiais utilizados ao longo da pesquisa e podem ser obtidos na página www.capspelotas.com.br.

2. INTRODUÇÃO

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 (Dias da 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% (Dias da 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 (MS), 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).

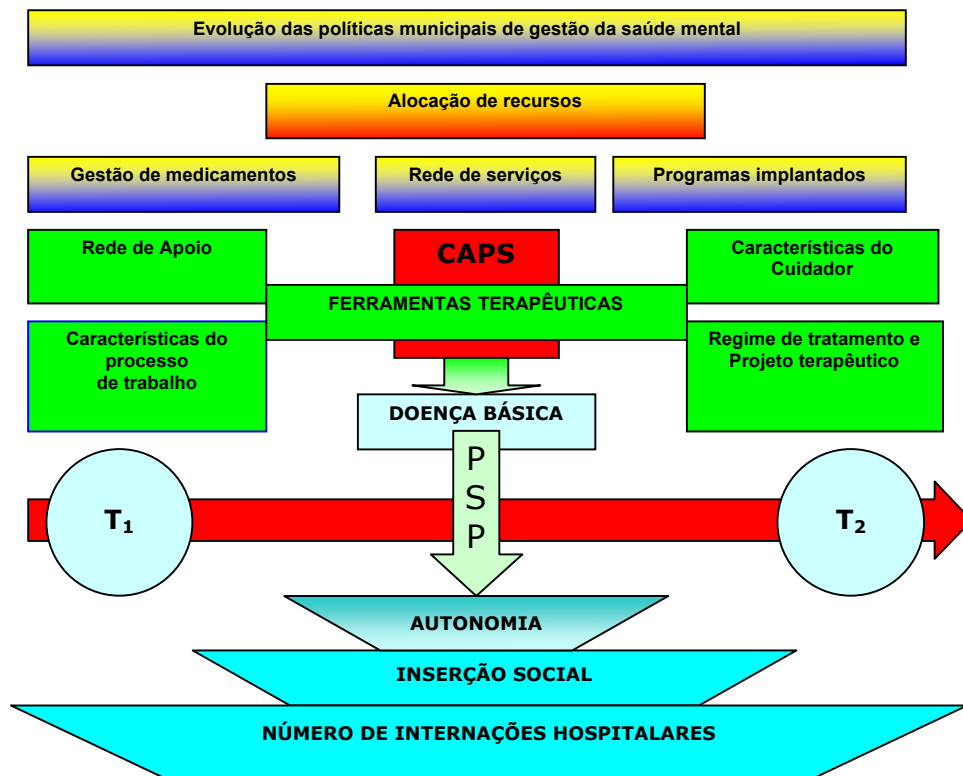
O destaque dado aos CAPS na atual política de saúde mental pode ser avaliado comparando-se o número destes serviços em 2001 e 2002. No Brasil, em 2001, eram 295 (0,017 CAPS/10 mil habitantes) e passaram a 423 (0,024 CAPS/10 mil habitantes) em 2002. A distribuição desse tipo de equipamento pelo território 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.

Os CAPS constituem-se, assim, em serviços que dispensam cuidados especializados a portadores de sofrimento psíquico em nível ambulatorial. São conformados pelas políticas locais de gestão da saúde mental, cujas decisões se refletem na alocação de recursos e na operacionalização de programas. Para isso, necessitam de determinadas estruturas, de recursos humanos capacitados e de estratégias e ferramentas terapêuticas que se distingam e superem aquelas oferecidas nos hospitais (Figura 1).

Os cuidados informais, aqui considerados aqueles dispensados pelos familiares e demais constituintes das redes de apoio, desempenham um papel fundamental para o êxito da estratégia, qual

seja o de ampliar a autonomia e a inserção social dos usuários e mantê-los afastados da necessidade de internação hospitalar (Figura 1).

Figura 1. Modelo Teórico



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 novos 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).

O município de Pelotas (porte médio com 350.000 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 da estratégia da Saúde da Família, existência de duas universidades que formam todas as categorias profissionais requisitadas ao novo modelo de atenção e grupos de pesquisa com excelência na área.

2.1 Objetivos

O **objetivo geral** do estudo foi 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.

Para isso, foram definidos os seguintes **objetivos específicos**:

1. 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;
2. 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, suporte familiar e condições de saúde dos cuidadores domiciliares;

3. 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.
4. Caracterizar a organização e divisão das atividades do CAPS, com particular interesse em relação a acolhimento, vínculo, integralidade, resolubilidade;
5. 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.
6. Descrever a infra-estrutura, equipamentos e insumos, em termos de área física, insumos, medicamentos, equipamentos e sistemas de registro e de informações;
7. Caracterizar, a partir dos dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS), o perfil das internações psiquiátricas nos últimos cinco anos (2001 a 2005), identificando suas taxas, causas e custos;
8. 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;
9. Realizar revisão sistemática da literatura nacional e internacional sobre indicadores e instrumentos de avaliação de modelos substitutivos em saúde mental;

Aspectos éticos

A proposta envolveu exclusivamente a realização de observações, entrevistas e aplicação de questionários, 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, – ocorreu através de consentimento informado. A confidencialidade da informação individual identificada e o direito de recusa em participar foram plenamente garantidos.

A proposta de pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas, tendo sido aprovado de acordo com a Portaria 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

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 cadastramento 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.

4. RESULTADOS

4.1 Evolução das políticas municipais de gestão da saúde mental

A partir de 1991, o financiamento público das ações em saúde mental foi redirecionado para a criação de uma rede extra-hospitalar, remunerando o atendimento alternativo aos PSP e buscando apoiar a substituição da internação em hospital psiquiátrico pela internação em hospital geral. Paralelamente, foram instituídas, pelo governo, regras mais rígidas para o funcionamento dos hospitais psiquiátricos públicos e contratados. A Portaria do MS 189/1991 instituiu a figura dos Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial (NAPS e CAPS), dando início ao arcabouço normativo e possibilitando remunerar modalidades de assistência distintas as existentes. Na continuidade deste processo, a Portaria do MS (224/1992) aperfeiçoou a regulamentação dos CAPS e NAPS e tipificou as unidades fundamentais da rede como um todo.

Os NAPS e CAPS foram definidos como unidades de saúde locais regionais, que contam com população adscrita pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários, por equipe multiprofissional, entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas. Pela regulamentação legal eles devem oferecer os seguintes atendimentos: (a) individual; (b) grupos (psicoterapia, grupo operativo, oficina terapêutica, atividades socioterápicas, entre outras); (c) visitas domiciliares; (d) atendimento à família e (e) atividades comunitárias, enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção social (Ministério da Saúde/Brasil, 1994).

Um pouco antes destas portarias, em Pelotas (1990) foi realizado o primeiro concurso público para a contratação de pessoal específico

(médicos psiquiatras, assistentes sociais e psicólogos) para trabalhar em saúde mental. Foram constituídas três equipes de saúde mental no município, para desenvolver prevenção da adição ao álcool e drogas nas escolas do município e nas UBS. As equipes alicerçavam-se nos pressupostos da psiquiatria preventiva ao propor uma estratégia de prevenção primária em saúde mental, baseada na intervenção sobre as condições sociais e individuais que contribuiriam na produção da doença mental.

Neste período (1990/91) foi iniciado um projeto com objetivo de promover a discussão de casos clínicos de saúde mental, atendidos nas UBS, entre a equipe e os médicos das unidades. Este modelo de inserção parcial na unidade de profissionais de saúde mental, gerava resistências das equipes de UBS, sob a alegação de dificultar a construção de equipes com um propósito comum com programas e rotinas de trabalho definidas.

Dois acontecimentos em 1992 causaram forte impacto no trabalho das equipes e no movimento da reforma psiquiátrica no município. O primeiro, a aprovação de uma legislação específica para a reforma no RS e, o segundo foi a II Conferência de Saúde Mental (1992), cujas conclusões terão forte influência sobre a atuação do MS nos próximos anos.

A Lei Nº 9.716, de 7 de agosto de 1992, estabeleceu a Reforma Psiquiátrica no RS, determinando a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por uma rede de atenção integral em saúde mental e determinou regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias.

A II Conferência Nacional de Saúde Mental marcou a Reforma Psiquiátrica brasileira, entre outros motivos, pela intensa participação dos segmentos sociais envolvidos. O relatório final desta conferência foi adotado como diretriz oficial para a reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil. Foram estabelecidos dois marcos conceituais:

1) atenção integral e cidadania e 2) as recomendações gerais sobre o modelo de atenção, que propõe a adoção dos conceitos de território e responsabilidade, como forma de superar o modelo hospitalocêntrico e garantir o direito dos usuários à assistência e à recusa ao tratamento (Ministério da Saúde/ Brasil, 1994, p. 22). O relatório pleiteava a implementação de programas de atenção em saúde mental na perspectiva da municipalização.

Neste mesmo ano, toma corpo em Pelotas uma nova proposta na saúde mental, com a implantação de equipes de atenção à saúde mental em três UBS da rede, sendo que duas delas iniciam um trabalho com egressos de um hospital psiquiátrico local. Aqueles pacientes que procuravam a unidade de saúde buscando receitas para medicamentos psiquiátricos foram os primeiros a serem convidados a participar do programa. Em seguida, iniciou-se no município uma busca ativa por pacientes egressos de hospitais psiquiátricos e foram feitos contatos com os hospitais para identificar os pacientes com alta recente. Nesta busca, a equipe também procurou nos domicílios da área de atuação das UBS os indivíduos com história de problemas afetivos, convidando-os e a seus familiares para participarem de grupos terapêuticos. A nova proposta enfrentou resistência dos colegas profissionais de saúde e das famílias que apenas conheciam o modelo centrado no hospital. Como o atendimento em saúde mental de Pelotas estava quase exclusivamente centrado nos hospitais psiquiátricos, nos momentos de crise as famílias buscavam os hospitais para internação do familiar estabelecendo um processo cíclico (alta-internação-alta).

O movimento nacional e municipal de reforma psiquiátrica, as portarias ministeriais e a demanda da comunidade conduzem a um crescimento da atenção em saúde mental a partir da Secretaria de Saúde em Pelotas. A partir de 1993, as equipes de saúde mental em Pelotas passam de três para onze, mas o atendimento em saúde mental continua vinculado às UBS. As atividades desenvolvidas pelas equipes variavam desde a prevenção primária – com grupos de gestantes,

adolescentes, mulheres – até atividades de reabilitação, com egressos dos hospitais psiquiátricos. No entanto, para os profissionais da SMS que se sentiam motivados pelos princípios da reforma tornou-se evidente a necessidade de mudar a estratégia de ação e promover atenção integral aos egressos das instituições psiquiátricas. Uma das novas ações empreendidas foi promover uma busca ativa para trazer os pacientes crônicos que viviam isolados em casa, freqüentemente presos no ciclo das reinternações. Além disso, a grande oferta de leitos psiquiátricos na cidade de Pelotas, pólo regional com dois hospitais psiquiátricos, caracterizava um modelo de atendimento hospitalocêntrico. Um problema adicional aumentava as dificuldades, as estruturas físicas das UBS não suportavam aumento de demanda de pacientes e os espaços existentes já não eram adequados para o desenvolvimento de atividades diárias com os pacientes habituais da unidade. Neste momento, três equipes de UBS, foram buscar um local na comunidade que pudesse acolher o trabalho de reabilitação dos doentes para a vida e de reinserção na sociedade.

A opção do grupo ligado a UBS Simões Lopes foi de se instalar em um cômodo que correspondia ao antigo sanitário da Casa de Cultura João Simões Lopes Neto, local onde se reunia um condomínio de entidades de cultura, como o Instituto Histórico e Geográfico de Pelotas. Em agosto, deste mesmo ano (1993), o grupo construiu um projeto de implantação de um CAPS no Bairro Simões Lopes, mas apesar das portarias que possibilitavam o financiamento do novo serviço, o projeto não foi aprovado pela SMS.

No primeiro semestre de 1994 a equipe da UBS Virgílio Costa conseguiu alojar-se na Associação dos Amigos da Virgílio Costa e, finalmente, a equipe da UBS Navegantes foi acolhida na Comunidade Católica São Francisco. A proposta de trabalho desenvolvida nesses locais centrava-se na realização de oficinas terapêuticas adaptadas gradativamente às necessidades específicas de cada área da cidade e às características de cada equipe. Contudo, como a reabilitação não

integrava a política do município, não havia disponibilidade de verba para a aquisição de materiais utilizados nas oficinas, tampouco um número de profissionais suficientes para trabalho com os PSP. As equipes buscavam apoio agregando voluntários e alunos das universidades locais para a manutenção do trabalho. No entanto, o MS mantinha uma clara linha de apoio às novas propostas e tentava oferecer formas de financiamento as Prefeituras que apoiassem a criação de serviços substitutivos. Em agosto de 1994 a SMS propõe uma política de saúde mental municipal que buscava se adequar a Portaria Ministerial 189/91, criando quatro Oficinas Terapêuticas, para funcionar nas três localidades citadas e no Posto da Brigada Militar da Colônia de Pescadores Z-3. Além das oficinas terapêuticas, a nova política municipal propõe a criação do CAPS no bairro Simões Lopes, como projeto piloto, junto à equipe que vinha atuando na Casa de Cultura Simões Lopes Neto. Esta Casa, denominada de Castelo Simões Lopes, emprestará a denominação que passará a acompanhar a equipe e servir de emblema. A partir da assunção pela política oficial do trabalho que já vinha sendo praticado na área de saúde mental, as equipes começaram a pleitear recursos financeiros e de pessoal, melhorando as perspectivas de crescimento desses serviços.

Contudo, o financiamento da medicação utilizada pelos novos serviços de atenção a saúde mental ocorria, até então, da verba destinada à saúde básica. Mas a ação do movimento nacional pela reforma conduziu à edição da Portaria/GM Nº 1.077, de 24 de agosto de 1999, assegurando os medicamentos básicos de saúde mental para usuários de ambulatórios públicos de saúde que dispunham de atendimento em saúde mental (Brasil, 2002b).

Apesar da movimentação nacional e local em torno da reforma psiquiátrica, entre 1996 a 2000 não houve nova proposta política para saúde mental por parte da SMS. No entanto, foram executados projetos de ampliação e de construção de novas UBS com instalações mais amplas, possibilitando que as oficinas terapêuticas com PSP pudessem

ocupar estes espaços dentro das unidades. Em 1997 a equipe do Castelo Simões Lopes se retira da UBS e se dedica integralmente a proposta de Reabilitação psicossocial. A relação entre a SMS e os dois hospitais psiquiátricos modificou-se por conta do maior controle das atividades promovida pelas novas normas do MS. Porém, a relação de independência dos mesmos em relação à Coordenação de Saúde Mental permanecia.

A municipalização da saúde - gestão plena do sistema municipal alcançada em agosto de 2000 - tem um impacto importante nas propostas que estão sendo discutidas para a saúde, em geral, e a saúde mental em particular, sobretudo na formulação do programa de governo do candidato que venceria a eleição para Prefeito neste ano. Um grupo de trabalhadores da Saúde Mental bastante vinculado à proposta da Reforma Psiquiátrica participou da produção do programa de governo e construiu um modelo para ser implantado em 2001. Além da experiência desse grupo, os modelos propostos no país se fazem presente e, dentre estes, o modelo de atuação utilizado na cidade de São Lourenço do Sul (RS).

A atuação na área de saúde mental do município de São Lourenço do Sul, as experiências do CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira (São Paulo, SP) e a intervenção na Casa de Saúde Anchieta (Santos, SP) foram as primeiras experiências consideradas como marcos inaugurais e paradigmáticos de uma nova prática de cuidados em saúde mental (Tenório, 2002).

A reorganização da atenção em saúde mental em Pelotas

A partir de 2001, a nova proposta de assistência em Saúde Mental em Pelotas tinha como objetivos principais ampliar a cobertura assistencial para toda a população da cidade e formar uma rede de atenção integral em Saúde Mental. Essa ampliação se deu através da sistematização do funcionamento dos serviços num mesmo modelo de

trabalho, hierarquização da atenção conforme os níveis de complexidade da demanda e capacitação dos serviços para responder a todas as necessidades em Saúde Mental.

Assim sendo, o município foi dividido em seis áreas de acordo com os grandes bairros da zona urbana e rural. Em cada área, foi definido um CAPS de referência, com três funções primordiais: reabilitação psicossocial, ambulatório de saúde mental e acolhimento diário às urgências. Além disso, na zona rural o trabalho em saúde mental foi destinado às equipes das UBS da SMS. Junto às UBS foi implantado um trabalho com equipe volante em saúde mental, que consistia na realização de atividades preventivas e de diagnóstico precoce. Esta equipe, composta por psicólogo e psiquiatra, em conjunto com a equipe de saúde das unidades, desenvolvia atividades educativas individuais e/ou de grupos e consultoria. Buscando avaliar a eficiência e o impacto das ações em saúde mental foi implantado o Programa de Avaliação Epidemiológica dos Serviços de Saúde Mental da SMS.

Para possibilitar um melhor planejamento e controle dos psicofármacos estabeleceu-se uma política de distribuição perante o cadastramento dos usuários. A SMS também assessorou os usuários na estruturação da Associação Municipal de Usuários de Saúde Mental de Pelotas.

A estratégia inicial na constituição dos serviços foi a de enviar correspondência aos dois hospitais psiquiátricos da cidade para que a SMS fosse comunicada de cada alta ocorrida para posterior busca desses ex-pacientes. Esta estratégia foi usada para efetivar o funcionamento dos CAPS e, assim, iniciar a superação do modelo centrado na hospitalização. Como os usuários dos CAPS são, na maioria, de baixa renda e apresentam sérios problemas de inserção no mercado de trabalho, foram realizadas experiências de trabalho e geração de renda tais como: oficinas de produção, embriões de cooperativas sociais e buscas de colocação de usuários em postos de trabalho disponíveis formais e informais.

Já sob o amparo da Lei da Reforma Psiquiátrica, o MS edita nova Portaria (336/2002) acrescentando novos parâmetros aos definidos pela Portaria Nº 224/92, no que se refere ao CAPS. Ficam estabelecidos portes diferenciados para os CAPS a partir de critérios populacionais e ampliada a área de abrangência desses serviços substitutivos, direcionando novos serviços específicos para a área de álcool e outras drogas, infância e adolescência. Além disso, criou-se uma estratégia de grande importância para motivar as secretarias municipais: os mecanismos de financiamentos extra-teto, ou seja, o financiamento das atividades de atenção em saúde mental pode ultrapassar o teto dos recursos da área de saúde recebido pelo município. Outras normas se seguiram para ampliar o financiamento dos CAPS (Portaria/SAS nº 189), aprovando as normas de funcionamento e cadastramento de CAPSad (Portaria/SAS Nº 305).

No entanto, os serviços em Pelotas ainda não estavam cadastrados e, eventualmente, faltavam recursos para manutenção dos CAPS e para a compra de medicamentos básicos para estes. Neste período, iniciou-se o processo de cadastramento Nacional dos CAPS e a Coordenação Estadual de Saúde Mental informou que iria cadastrar apenas o CAPS Castelo. A Coordenação Estadual podia fazer um número limitado de cadastros e pretendia atender o maior número possível de cidades. As dificuldades de algumas cidades em atender a normatização das portarias permitiram que o CAPS Castelo e o CAPS Fragata fossem cadastrados. Ainda houve uma negociação entre coordenador da SMS com a Coordenação Nacional permitindo, em 2002, o cadastramento do CAPS Baronesa. Os cadastramentos dos CAPS Escola, Zona Norte e Porto foram obtidos junto à Coordenação Nacional no processo de discussão de implantação de serviços substitutivos em cidades com mais de 300.000 habitantes.

Em 2002 o lacramento das celas fortes de um dos tradicionais hospitais psiquiátricos de Pelotas foi um fato marcante e emblemático para a reforma psiquiátrica local. O fechamento teve o objetivo de

humanizar a assistência e de preservar os direitos dos pacientes (Portaria Nº 799/00). Em 2004, é implementado o CAPS AD (Álcool e Drogas) e foram disponibilizados leitos para dependência química no Hospital Universitário São Francisco de Paula. Contudo, o governo municipal não oferece solução para o problema do atendimento das situações de urgência e emergência, especialmente à noite e nos fins de semana, quando os CAPS estão fechados. Para contemplar esta questão é necessária a criação de uma rede articulada formada pelos: CAPS, residências terapêuticas, hospital-dia, leitos psiquiátricos em hospital geral e emergência psiquiátrica. Deste modo, a ausência de serviços 24h para atendimento das crises e de leitos em hospital geral permite que a internação em hospital psiquiátrico mantenha-se como referência nas crises, impedindo a instauração completa do novo modelo.

A partir de 2006 intensificou-se a crise no atendimento em saúde, com claros reflexos para a saúde mental. Quatro secretários da saúde e quatro coordenadores de saúde mental ocuparam os cargos em dois anos e meio de governo. A situação dos CAPS durante 2006 e o primeiro semestre de 2007 foi preocupante em relação à pessoal, alimentação e medicação. Esta crise comprometeu o tratamento e a frequência dos usuários aos CAPS. Diante deste grave quadro foi criado um ambulatório de saúde mental, visando atender a demanda de usuários que não necessitam do atendimento contínuo. Neste quadro os CAPS estão atendendo pouco e arrecadando pouco, estabelecendo-se, assim, um grave círculo vicioso – onde os usuários (e o ânimo dos profissionais) são os maiores atingidos. Contudo, parece haver um esforço para a superação do problema a partir dos trabalhadores e da própria SMS que promoveu alterações na coordenação de saúde mental e na Direção de saúde pública.

O processo de implementação da Reforma Psiquiátrica no município de Pelotas está em andamento. Muitas ações ainda precisam ser implementadas, tais como: (a) definição de um serviço de urgência em Saúde Mental, (b) organização de serviços de Saúde Mental em

hospital geral, com disponibilização de leitos, (c) equalização definitiva da questão dos medicamentos psiquiátricos nos CAPS e (d) definição clara sobre a aplicação dos recursos dos CAPS no município.

É importante salientar que a política de saúde mental do município, desenvolvida a partir de janeiro de 2001, foi o resultado de uma trajetória que começou de maneira mais organizada em 1991, quando se implementam ações de Saúde Mental Comunitária. A participação dos trabalhadores na formação desta política e as ações do MS foram fundamentais para a criação e manutenção da rede de atenção criada através dos CAPS.

4.2 Estudo de linha de base

As entrevistas do estudo de linha de base ocorreram nos meses de julho, agosto, setembro e outubro de 2006. No total foram entrevistados 1.013 usuários e 874 familiares / cuidadores.

O Quadro 1 apresenta a distribuição de usuários incluídos e entrevistados neste período em cada CAPS.

Quadro 1. Usuários identificados nos CAPS, entrevistados e não entrevistados na linha de base. Pelotas, RS, 2006.

CAPS	Incluídos no estudo	Entrevistados	Perdas	% de entrevistados
A	70	63	7	90%
B	62	49	11*	82%
C	185	166	19	90%
D	270	241	29	89%
E	211	183	28	87%
F	240	213	27	89%
G	113	98	15	87%
TOTAL	1.151	1.013	136*	88%

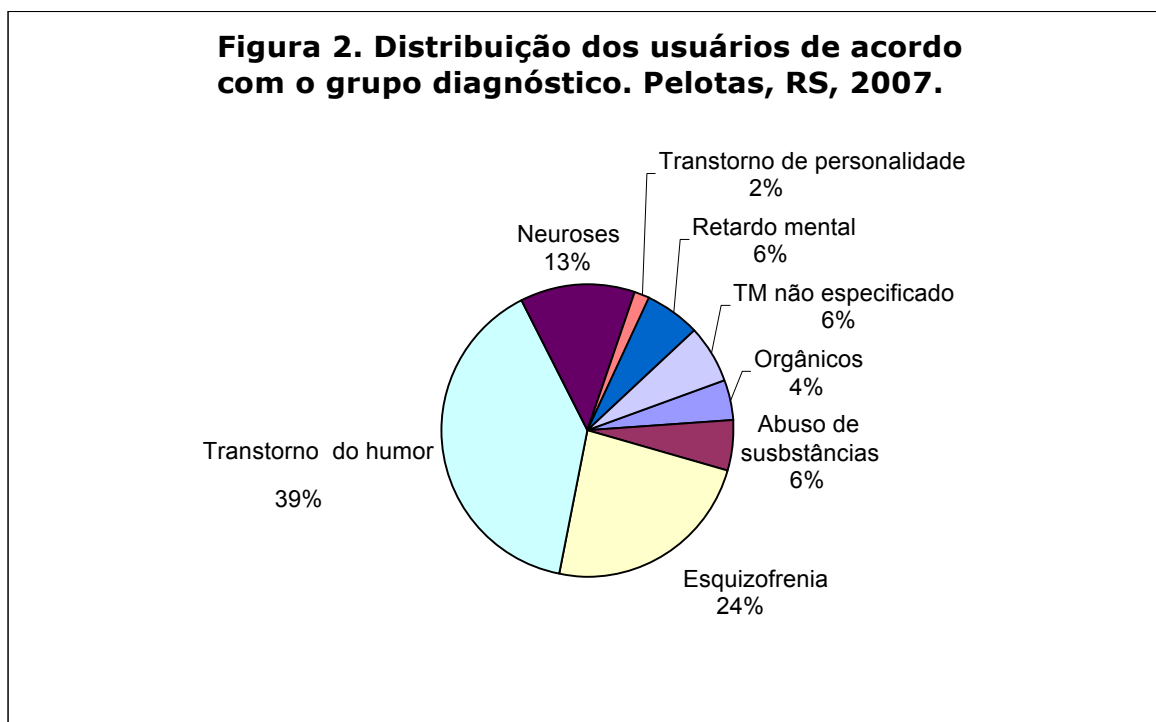
* 2 óbitos

O percentual médio de perdas de 12% deveu-se principalmente a endereços não localizados (56%) e recusas (44%). Dois óbitos foram registrados no período entre a identificação da coorte e o estudo de linha de base (primeira visita domiciliar).

4.2.1 Usuários

Diagnósticos e modalidades de tratamento

Os transtornos de humor representaram a maior proporção dos diagnósticos dos usuários dos CAPS (39%), seguidos da esquizofrenia (24%) e das neuroses (13%) (Figura 2).



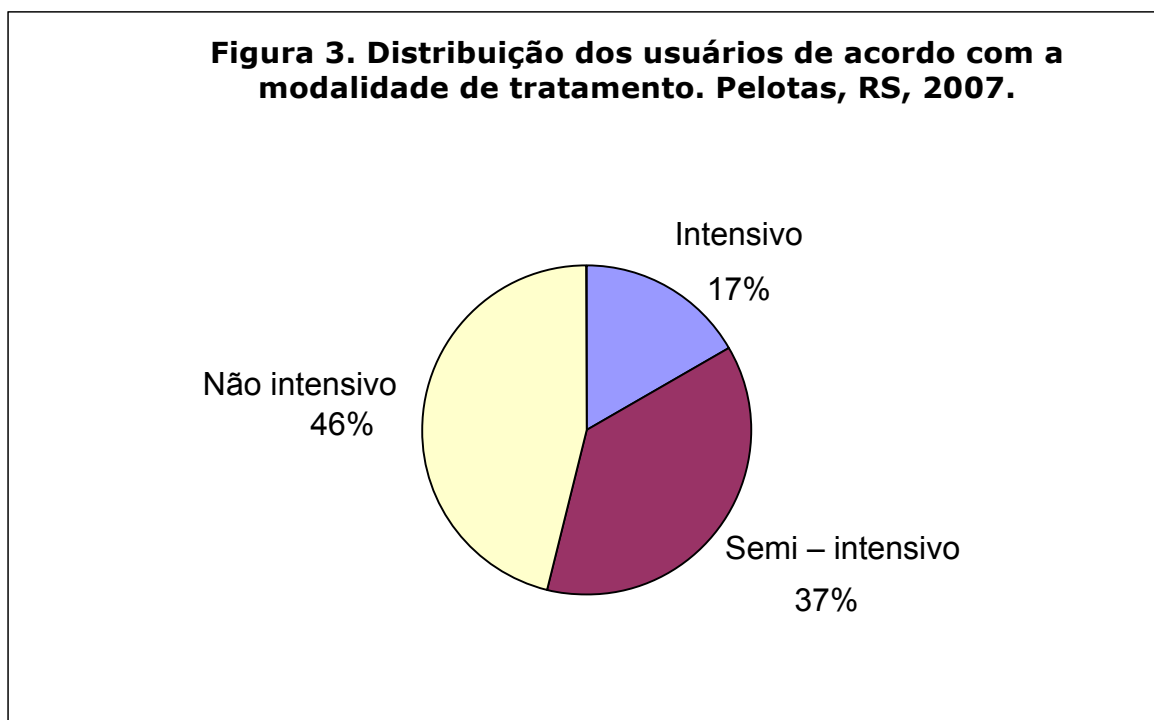
De acordo com o MS (2004, p.16), as modalidades de atendimento nos CAPS são:

- **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.

- **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.
- **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.

Em Pelotas, de acordo com a modalidade de tratamento, predominaram os pacientes não-intensivos (46%), seguidos dos semi-intensivos (37%) e dos intensivos (17%) (Figura 3).



Características demográficas

A maioria dos usuários dos CAPS de Pelotas era do sexo feminino (61%). A média de idade foi de 45,6 (\pm 12,5) anos e 55% tinham menos de 45 anos. Pouco mais de 70% era de cor branca (observada pelo entrevistador) e 17% declararam não ter nenhum ano de escola completo. Somente 24% possuíam o primeiro grau completo. Pouco menos da metade (46%) era casado(a) ou vivia com companheiro(a) (Tabela 1).

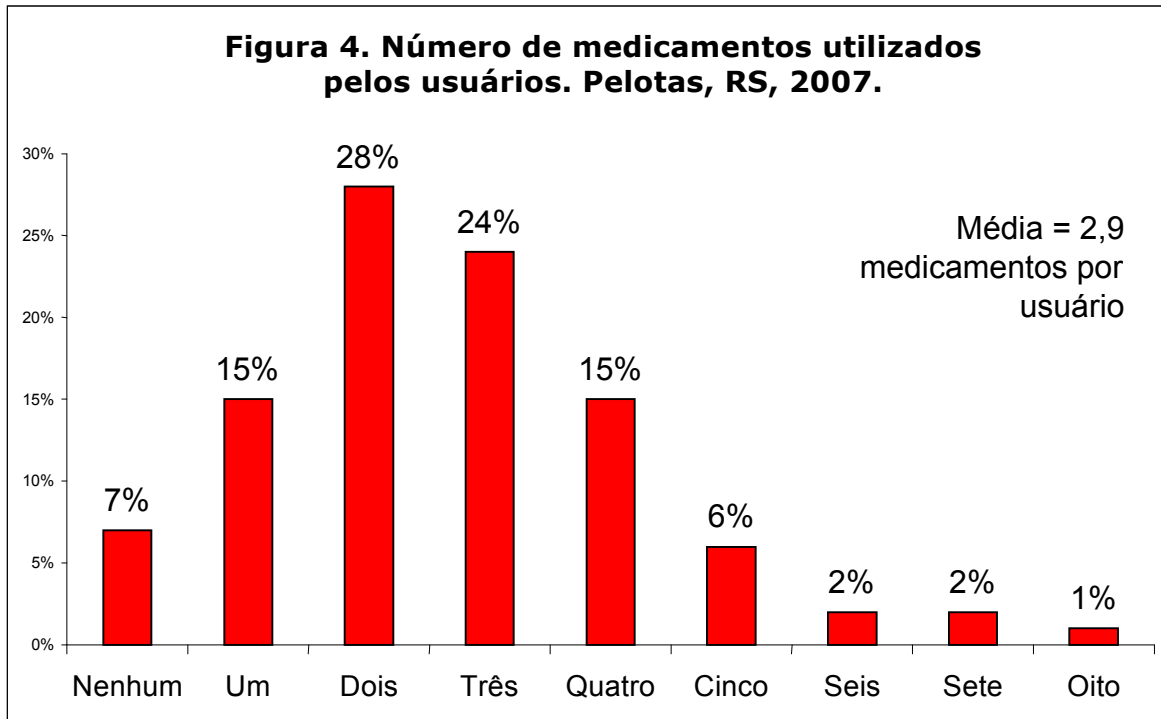
Tabela 1. Distribuição dos usuários de acordo com características demográficas. Pelotas, RS, 2007.

VARIÁVEL	n	%
Sexo		
Masculino	395	39%
Feminino	618	61%
Idade (anos completos)		
17 a 29	127	12%
30 a 44	331	33%
45 a 59	426	42%
60 ou mais	128	13%
Cor da pele		
Branco	710	71%
Moreno / Pardo	163	16%
Preto	130	13%
Escolaridade (anos completos)		
Nenhum	168	17%
Até 3	167	17%
4 a 7	430	43%
8 ou mais	239	24%
Vive com companheiro		
Sim	463	46%
Não	549	54%
Total	1013	100,0%

Uso de medicamentos

O uso de medicamentos foi referido por 93% dos portadores de sofrimento psíquico. Deste total, 84% fazia uso de mais de um

medicamento. Assim, 941 usuários utilizavam 2.698 medicamentos diferentes, com uma média de 2,9 medicamentos por usuário (Figura 4).



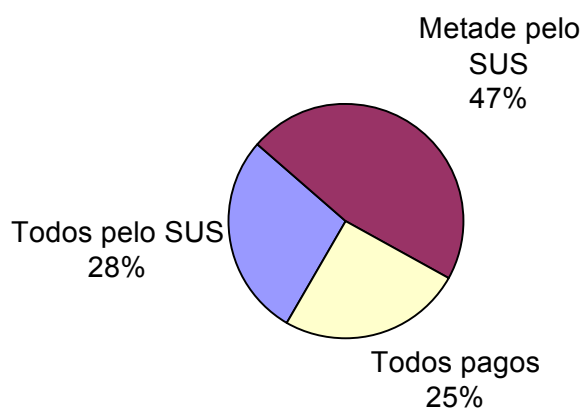
No total, considerando este uso de mais de um fármaco, os tipos mais utilizados são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2. Tipos de medicamentos mais utilizados. Pelotas, RS, 2007.

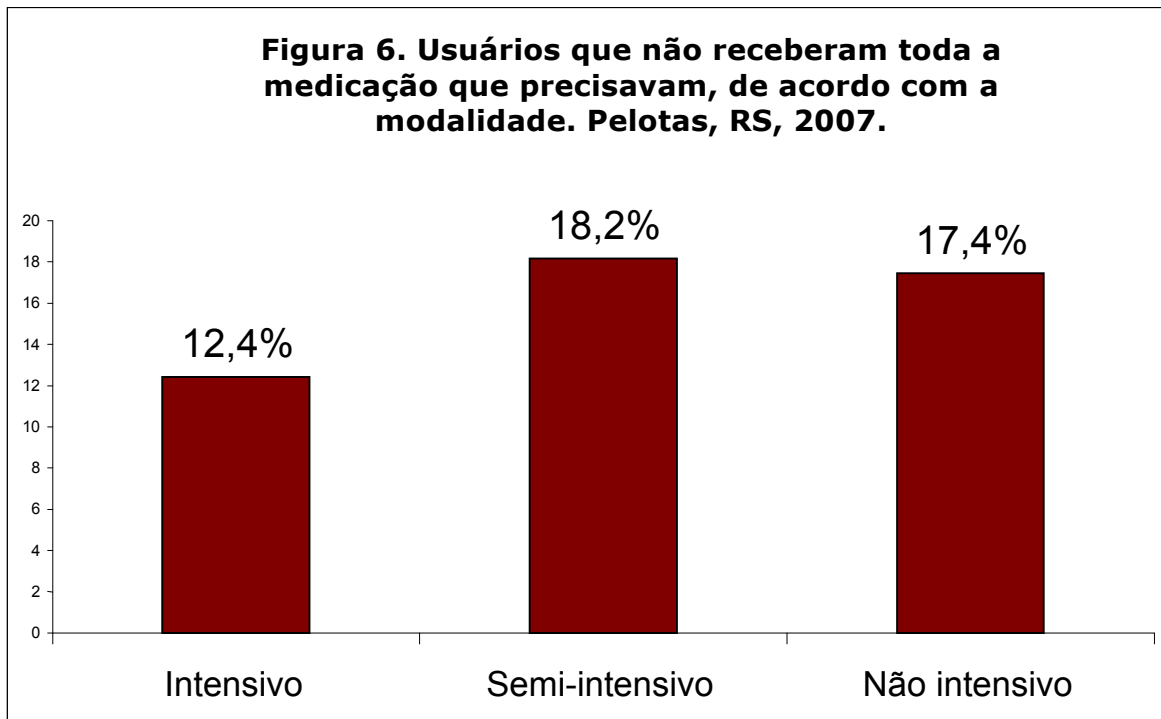
Tipo de Medicamento	n	%
Antipsicóticos	619	22%
Ansiolíticos	571	21%
Antidepressivos tricíclicos	338	12%
Outros antidepressivos	278	10%
Anticonvulsivantes	255	9%
Antiparkinsonianos	160	5%
Antimaníacos	70	2%

De modo geral, o acesso integral aos medicamentos era uma realidade para 28% dos usuários; quase metade dos usuários que utilizavam alguma medicação (47%) afirmou comprar parte dos remédios que precisava e 25% disseram ter que comprar todos os remédios (Figura 5).

Figura 5. Distribuição dos usuários de acordo com o acesso aos medicamentos. Pelotas, RS, 2007.



Os usuários foram questionados se nos 15 dias anteriores à entrevista precisaram e não conseguiram tomar algum remédio, o que foi uma realidade para 17% dos entrevistados. A Figura 6 apresenta a distribuição destes usuários de acordo com a modalidade de tratamento, com destaque para a proporção de 12% deste problema entre os usuários intensivos, ou seja, aqueles que mais necessitam da terapêutica.



Utilização de serviços de saúde ambulatoriais

Cerca de dois terços da amostra (62%) utilizou algum serviço ambulatorial nos três meses que antecederam a entrevista, sendo que os mais utilizados foram: unidade básica de saúde (UBS) próxima da moradia (38%), consultórios de especialistas (22%) e urgência / emergência geral (14%) (Tabela 3).

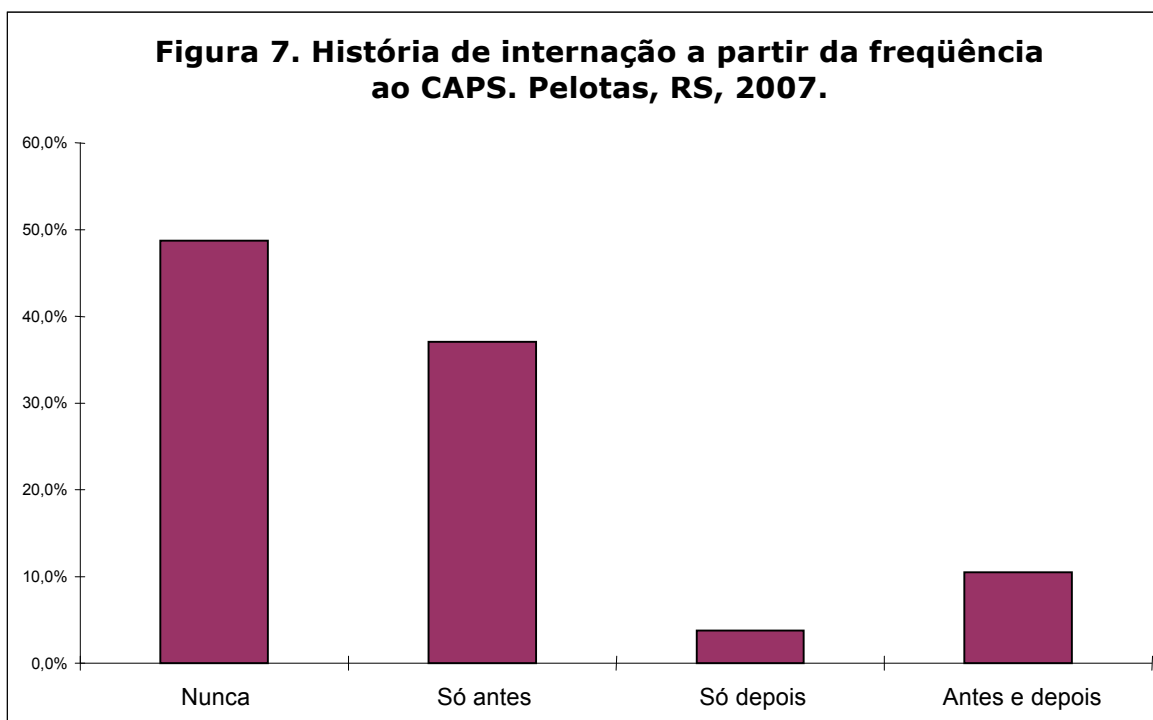
Tabela 3. Distribuição dos usuários de acordo com a utilização de serviços ambulatoriais. Pelotas, RS, 2007.

Local	n	%
Unidade básica da área de moradia	382	38%
Especialista	223	22%
Pronto Socorro	142	14%
Outra unidade de saúde	90	9%
Outro local	73	7%
Médico particular	68	7%
Hospital Espírita	56	6%

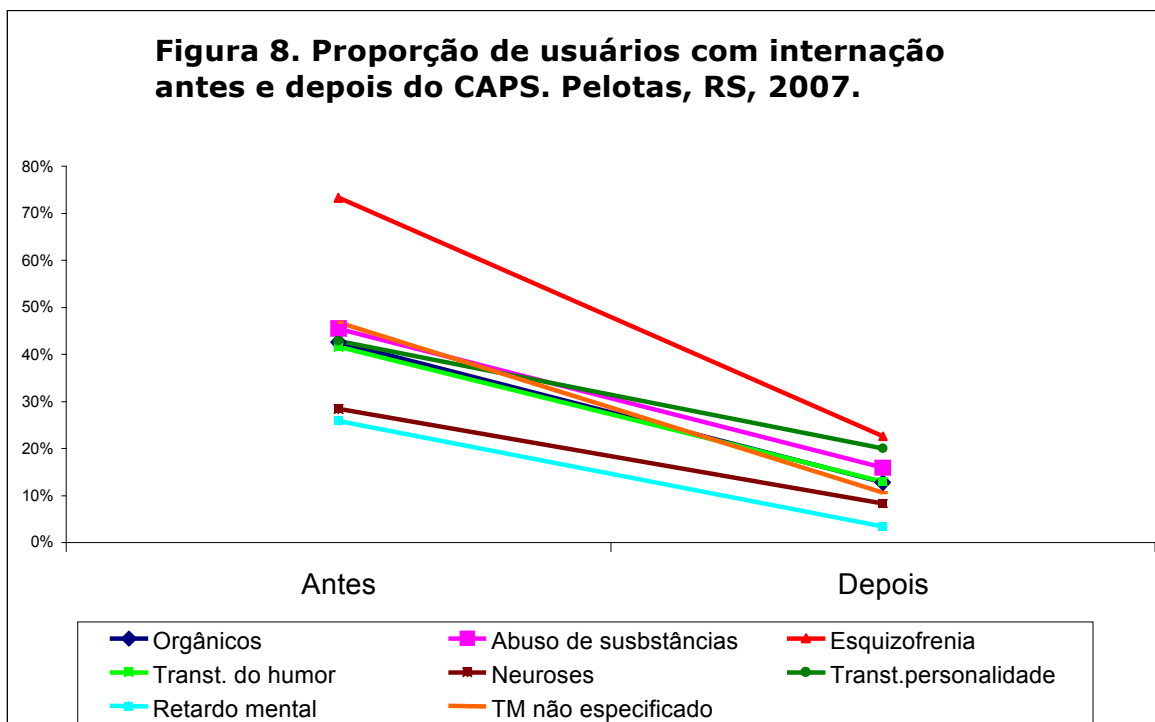
Utilização de serviços de saúde hospitalares

A hospitalização por problemas psiquiátricos nos últimos 12 meses ocorreu para 9% dos entrevistados. Quase metade dos usuários (48%) teve pelo menos uma internação psiquiátrica antes de freqüentar o CAPS e somente 15% precisou de hospitalização após iniciar a freqüentar o CAPS.

A Figura 7 ilustra a distribuição dos usuários de acordo com a ocorrência e o período das internações.



Comparando-se a queda na proporção de usuários com internação psiquiátrica antes e depois de começar a freqüentar os CAPS de acordo com o diagnóstico, observou-se que esta queda foi consistente entre os mais variados tipos de transtornos (Figura 8).



Ter sofrido uma crise ou piora dos sintomas alguma vez na vida foi uma realidade para 80% da amostra e nos últimos 12 meses, para 63%. Após freqüentar o CAPS, 24% dos usuários não tiveram mais crises, 60% tiveram com menor freqüência e 70% com menor intensidade. Em mais de metade das crises, os comportamentos foram agressividade, discussão, irritação, agitação e choro. Quase 90% de todas as crises ocorreram no domicílio e em 75% não houve necessidade de internação. Significativamente mais crises tiveram os usuários com tratamento intensivo, os que sofrem de esquizofrenia (88%) e dependência química (86%). Após freqüentar o CAPS, houve mais espaçamento entre as crises nos usuários com tratamento intensivo e os não intensivos relataram em maior proporção ausência de crise. Maior necessidade de internação por ocasião das crises foram observadas para os pacientes intensivos.

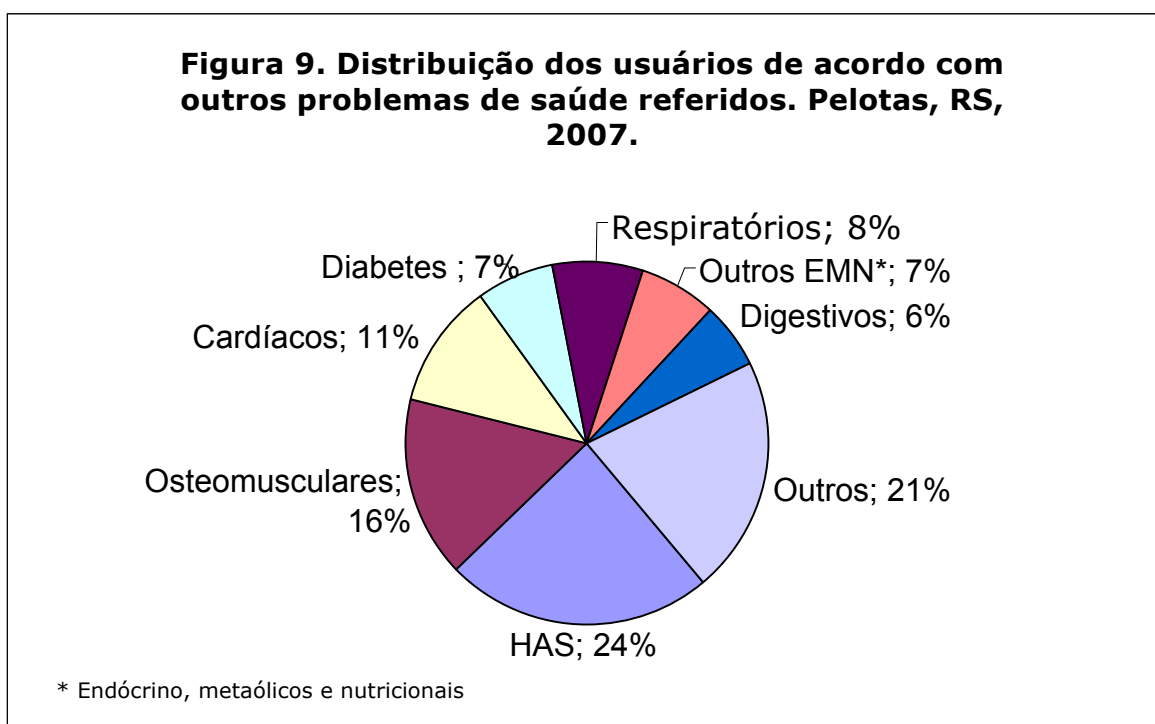
Utilização de outras modalidades terapêuticas

Uma parcela muito reduzida de usuários consulta com psiquiatra (5%) ou psicólogo (2%) fora do CAPS.

Já a busca por apoio espiritual foi mais freqüente, com 33% dos usuários tendo contato com pastores evangélicos, 22% freqüentando centros espíritas, 18% tendo contato com padres católicos e 13% freqüentando terreiras de umbanda. Além disso, 12% referiu ter procurado serviços de benzedeira para alívio dos problemas.

Morbidade referida e autopercepção da situação de saúde

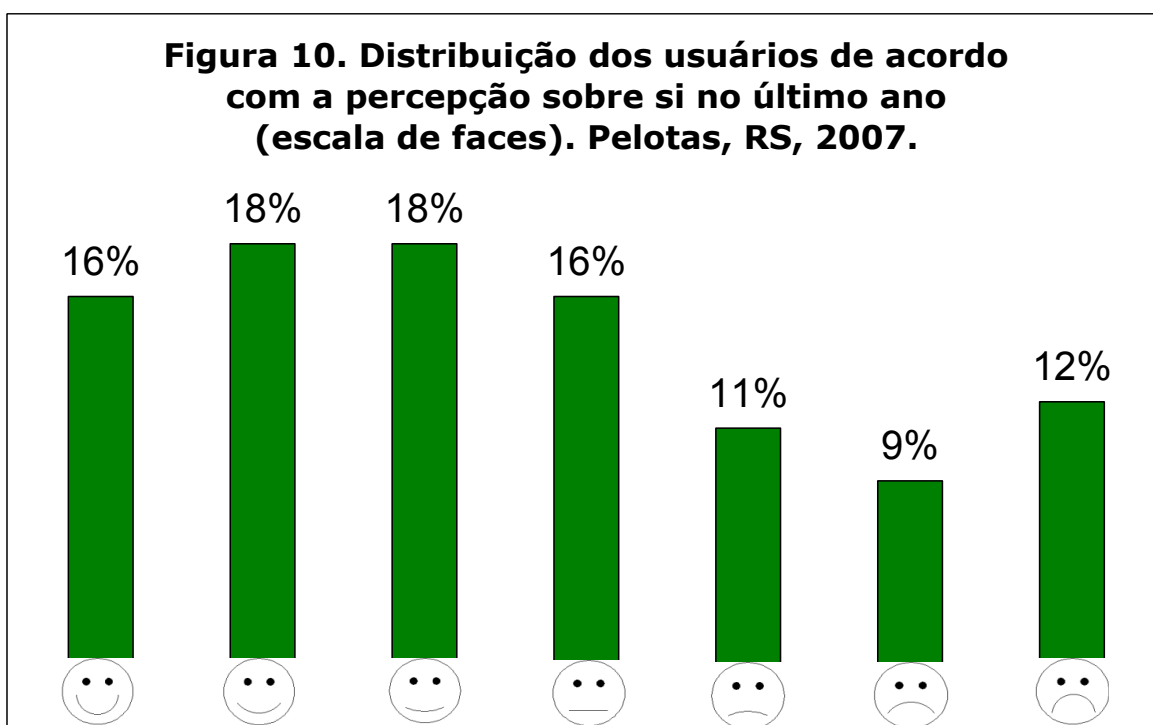
Mais da metade dos usuários (59%) referiu ter algum outro problema de saúde. Dentre os mais citados estiveram a hipertensão arterial sistêmica (25%), os problemas osteomusculares (15%), os problemas cardíacos (12%), o diabetes e os problemas respiratórios (8%) (Figura 9).



A maioria dos usuários percebe sua situação de saúde como ruim (17%) ou regular (39%). Para 36% dos usuários, a situação de saúde era boa, sendo percebida como muito boa ou excelente por 8%.

Se comparada há um ano atrás, cerca de um terço (27%) consideraram sua saúde "muito melhor", 31% acharam que está "um pouco melhor" e 21% a consideraram "pior" ou "muito pior".

Quando incentivados a indicar em uma escala de faces, o rosto que melhor representava como se sentiu a maior parte do tempo nos últimos 12 meses, aproximadamente metade dos usuários apontou as três mais alegres (52%), e 32% apontaram as três mais tristes (Figura 10).



Hábitos: tabagismo, alcoolismo, atividade física e relações sexuais.

Da amostra estudada, 39% dos usuários era fumante, 20% referiu já ter fumado em algum momento da vida e 41% nunca fumaram. Pouco mais de 10% dos entrevistados referiu o uso de bebida alcoólica nos últimos 30 dias e, destes, 24% foram classificados como dependentes pelo teste CAGE (Ewing, 1984).

Mais de um terço dos usuários (35%) referiram nunca ter praticado atividade física. A prevalência de atividade física atual foi de 34% (n=345), sendo de 43% no sexo masculino e de 28% no sexo feminino, diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,001$). Usuários

com autopercepção de saúde excelente ou muito boa mostraram prevalências maiores ($p < 0,05$) do que os que se percebem em piores condições. As demais variáveis não demonstraram associação significativa com a prática de atividade física.

Mais da metade dos usuários (66%) referiu que não teve relações sexuais nos 15 dias anteriores à entrevista. Em relação à qualidade da vida sexual, 64% dos usuários referiu que nada mudou após começar a frequentar o CAPS, 20% acreditava ter piorado e 16% referiu que sua vida sexual melhorou após ingressar no CAPS.

Lazer

Os usuários foram questionados sobre o hábito e as preferências relacionadas ao uso de televisão e de rádio, além de leituras, frequência a cinema, festas e outros eventos (Tabela 4).

Assistir televisão foi referido por 90% dos usuários, sendo que a programação de maior preferência foram novelas (73%), noticiários (67%) e filmes (48%). Ter escutado rádio nos últimos 15 dias foi referido por 76% dos entrevistados, com destaque de preferência para música (79%), notícias (34%) e jogos (16%).

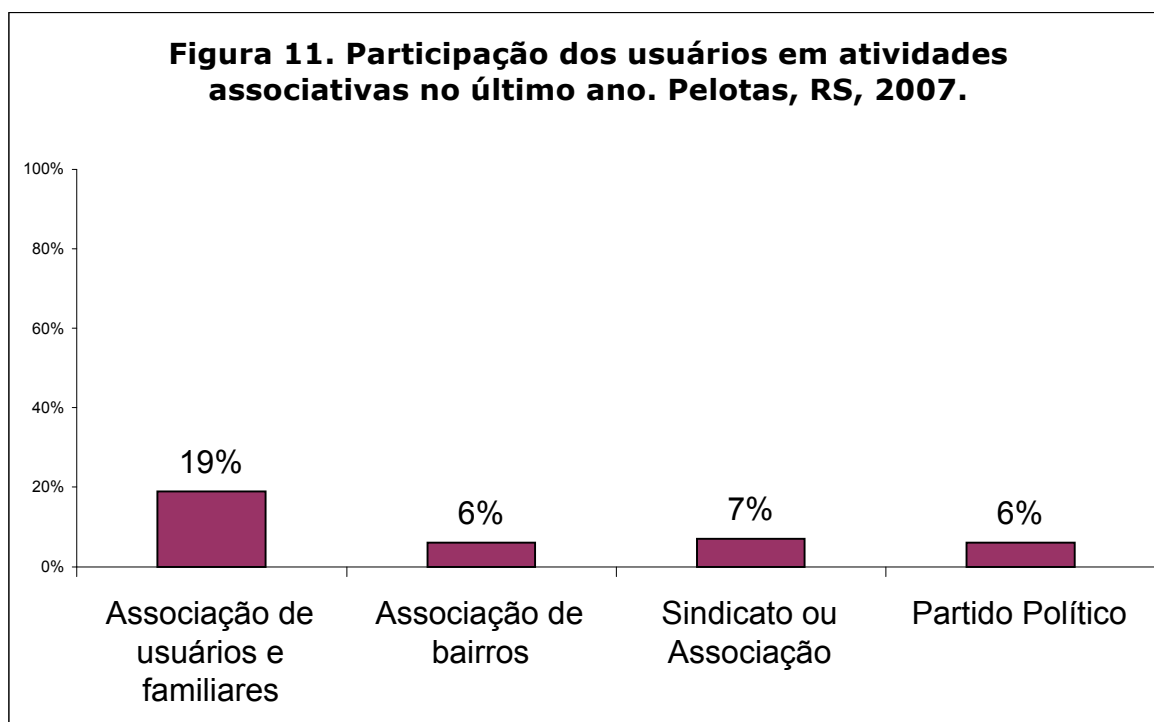
Menos de um terço dos usuários disse ter lido jornais ou revistas ou ter participado de alguma festa nos 30 dias que antecederam a entrevista. Ir ao cinema, assistir a um jogo, frequentar um bingo, jogar cartas foi referido por menos de 10% dos usuários. Quase metade (48%) referiu ter passeado no último mês e 13% ter viajado.

Tabela 4. Distribuição dos usuários de acordo com a referência às atividades de lazer. Pelotas, RS, 2007.

Atividades de lazer	n	%
Assistiu televisão nos últimos 15 dias	912	90%
Quando assiste TV gosta de:		
Filmes	481	48%
Novelas	725	73%
Noticiário	664	67%
Jogos	361	36%
Outros programas	114	11%
Escutou rádio nos últimos 15 dias	764	76%
Quando escuta rádio gosta de:		
Música	767	79%
Noticiário	329	34%
Jogos	157	16%
Outros programas	58	6%
Nos últimos 30 dias:		
Leu jornal	277	27%
Leu revistas	202	20%
Foi ao cinema	14	1%
Foi a jogos	56	5%
Foi ao bingo	42	4%
Foi a alguma festa	274	27%
Passeou	486	48%
Jogou cartas	93	9%
Viajou	131	13%
Teve outras atividades	39	4%

Atividades associativas

A participação em atividades associativas foi bastante baixa entre os usuários dos CAPS de Pelotas. Menos de 20% referiu ter participado da "Associação de Usuários e Familiares de Usuários dos CAPS" e a referência à participação em associação de bairro, sindicato ou associação profissional e em partido político foi ainda mais reduzida, com pouco mais de 5% (Figura 11).



Opiniões sobre os CAPS

Várias perguntas relacionadas à opinião dos usuários sobre os CAPS foram feitas no questionário do estudo de linha de base, incluindo o que mais gostavam, o que menos gostavam, as sugestões para o serviço melhorar.

A maioria dos usuários (82%) recomendaria o CAPS para um amigo ou parente e os principais motivos para esta resposta foram considerar-se bem atendido (45%), não haver discriminação (20%) e o tratamento ter funcionado (14%). Apenas 4% dos entrevistados não recomendaria, e os motivos alegados por estes usuários foram acreditar que o CAPS não resolve o problema (33%), considerar o atendimento péssimo (30%) e "não gostar de muita gente na volta" (15%).

Dentre as atividades que os usuários mais gostam no CAPS, as mais citadas foram atividades artísticas, trabalhos manuais e de lazer (26%); conversas, convívio e reuniões (25%) e atendimento, tratamento e acompanhamento (15%) (Tabela 5).

Os usuários também foram questionados em relação ao que menos gostavam no CAPS. A maioria (43%) referiu gostar de tudo e

entre os aspectos que menos gostavam no CAPS os mais citados foram: ambiente, barulho, bagunça, espera, cigarro e poeira (9%), falta de lanche, de medicamentos e de profissionais (8%) e de ver os outros doentes (7%) (Tabela 6).

Tabela 5. Distribuição dos usuários de acordo com os destaques de opinião aos aspectos positivos dos CAPS. Pelotas, RS, 2007.

O que mais gostam no CAPS	n	%
Atividades artísticas, trabalhos manuais e de lazer	328	26%
Conversas, convívio e reuniões	323	25%
Atendimento, tratamento e acompanhamento	184	15%
Atividades esportivas	107	8%
Profissionais	104	8%
Lanche, chimarrão e festas	45	4%
Clima, ambiente, respeito e carinho	35	3%
Estudar	15	1%
Oficinas	15	1%
Outras respostas	111	9%
Total	1267*	100%

* Total de opiniões sobre o que mais gosta no CAPS (três variáveis).

Tabela 6. Distribuição dos usuários de acordo com os destaques de opinião aos aspectos negativos dos CAPS. Pelotas, RS, 2007.

O que menos gostam no CAPS	n	%
Nada, gosta de tudo	436	43%
Ambiente, barulho, bagunça, espera, cigarro e poeira	87	9%
Falta de lanche, de medicamentos e de profissionais	79	8%
Ver os outros doentes	74	7%
Não gosta de estar no CAPS e não aceita estar lá	43	4%
Não gosta dos profissionais	39	4%
Exercícios físicos e jogos	38	4%
Grupos, assembléias, conversas e gritos	38	4%
Fofocas, as pessoas falam demais e as brigas	35	3%
Outras respostas	142	14%
Total	1011*	100%

* Total de opiniões sobre o que menos gosta no CAPS (três variáveis).

Quando questionados quanto a sua opinião sobre o atendimento no CAPS, mais da metade dos entrevistados (64%) referiu que este pode ser melhorado.

Para as melhorias, um quarto dos entrevistados (25%) sugeriu contratar mais funcionários e melhorar qualificação, 21% sugeriu que deveria ter mais alimentos, 16% mais medicamentos, equipamentos e material e 10% mais recursos, verbas, estrutura, salários, melhor ambiente (Tabela 7).

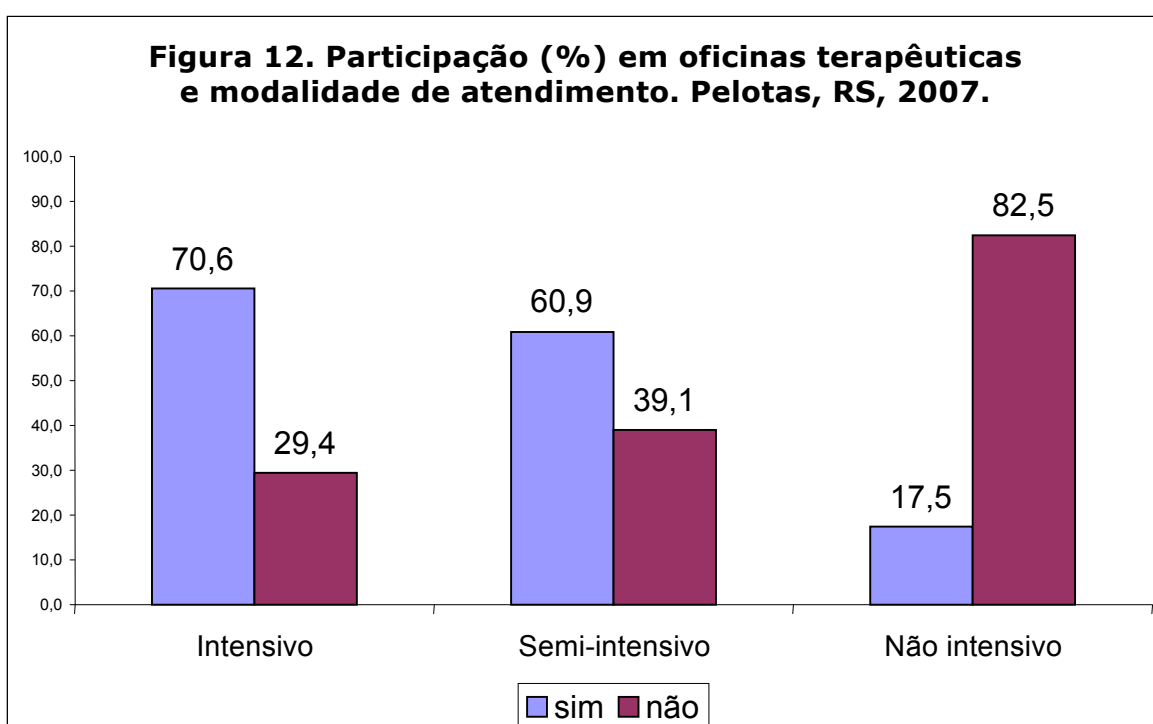
Tabela 7. Distribuição dos usuários de acordo com as sugestões para a melhoria dos serviços. Pelotas, RS, 2007.

Sugestões para melhoria do atendimento	n	%
Mais funcionários e qualificação	202	27%
Mais alimentos, mais erva mate	162	21%
Mais medicamentos, equipamentos e material	122	16%
Mais recursos, estrutura, salários, melhor ambiente	72	10%
Aumentar o tempo de atendimento, mais turnos	44	6%
Tratar melhor, ter mais paciência, ouvir mais	29	4%
Mais atividades físicas, de lazer, oficinas	27	4%
Disponibilizar mais atendimento individual	19	2%
Menos corrupção, menos paralisações e burocracia	19	2%
Agilizar atendimento (demora)	18	2%
Maior participação (mais gente participando)	11	1%
Organizar melhor as oficinas / atividades	11	1%
Priorizar atendimento de acordo com problema	10	1%
Separar pacientes	6	1%
Mais segurança e vigilância	6	1%
Acompanhar mais os pacientes	4	0,5%
Menos rotatividade de funcionários	3	0,5%
Total	771*	100%

* Total de sugestões para melhorar o CAPS (duas variáveis).

Oficinas terapêuticas e grupos - participação e opinião

Considerando todos os usuários, mais da metade (61%) não participava de nenhuma oficina no CAPS, 36% participavam de alguma oficina e 3% participava, mas não havia freqüentado no último mês. Entretanto, esta realidade muda bastante quando se leva em conta a modalidade de atendimento. Como pode ser observado na Figura 12, a proporção de usuários intensivos e semi-intensivos que participa de oficinas foi de 71% e 61%, respectivamente.



Mais da metade dos usuários (51%) que participaram de alguma oficina referiu participar de oficinas de artes e artesanato, 16% participavam de oficinas de costura, bordado, fuxico, crochê e bijuteria e 13% em atividades esportivas, jogos e brincadeiras (Tabela 8).

Tabela 8. Distribuição dos usuários de acordo com a participação em oficinas terapêuticas nos CAPS. Pelotas, RS, 2007.

Participação em oficinas	n	%
Artes e artesanato	297	51%
Costura, bordado, fuxico, crochê e bijuteria	94	16%
Atividades esportivas, jogos e brincadeiras	73	13%
Marcenaria	49	8%
Arte terapia e música	23	4%
Atividades educativas e biblioteca	21	4%
Outras	23	4%
Total	580*	100%

* Total de participações em oficinas no CAPS (duas variáveis).

Em relação às oficinas, cerca de três quartos (77%) dos usuários manifestaram opinião positiva e 6% referiu-se a elas como altamente positivas; apenas 4% referiu que "não gosta muito", "é ruim", "é chata" (Tabela 9).

Tabela 9. Distribuição dos usuários de acordo com a opinião sobre as oficinas terapêuticas nos CAPS. Pelotas, RS, 2007.

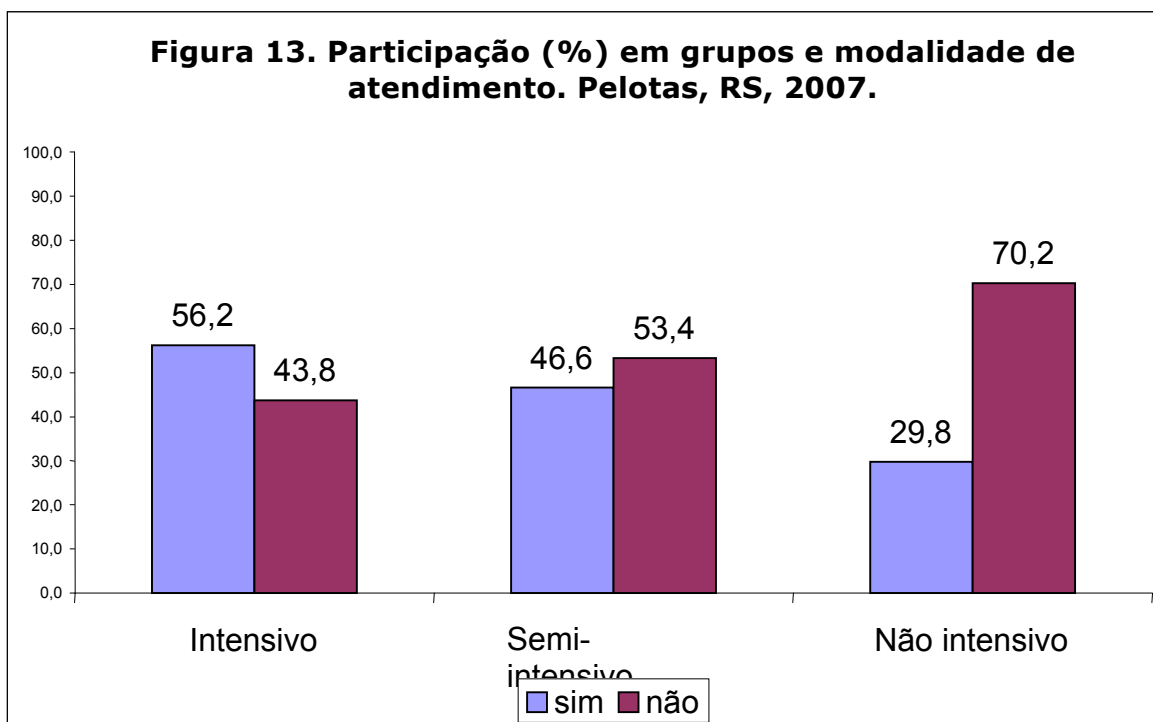
Opinião sobre as oficinas	n	%
Gosta, gosta muito, muito bom	421	77%
Ótima, excelente, maravilhosa	34	6%
Traz benefícios, é terapia	28	5%
Gosta com restrições, poderia melhorar	26	5%
Não gosta muito, é ruim, é chata	24	4%
Faltam recursos	10	2,6%
Não tem opinião	2	0,4%
Total	545*	100%

* Total de opiniões sobre as oficinas no CAPS (duas variáveis).

Além das oficinas terapêuticas, perguntou-se aos usuários sobre sua participação nos diversos grupos que os CAPS oferecem aos usuários, nos 30 dias que antecederam a coleta de dados. A exemplo do

que ocorreu com as oficinas, para todos os usuários a participação em grupos atingiu 40% dos entrevistados.

Quando considerada a modalidade de atendimento, observou-se que os intensivos (56%) e semi-intensivos (47%) tiveram mais participação em grupos do que os não intensivos (30%) (Figura 13).



Mais da metade dos usuários (54%) que participaram de algum grupo referiu ter participado de grupos de apoio, terapêuticos ou de conversação, 13% participaram de grupos de medicação e 12% de grupo de mulheres (Tabela 10).

Quando questionados em relação à opinião que tinham sobre os grupos, cerca de dois terços (65%) manifestaram opinião positiva – “é bom”, “gosta”, “motiva”, “é importante”; 19% disseram que “é muito bom”, “gosta muito”, “ajuda muito” e 4% disseram que “é ótimo”, “maravilhoso”, “excelente” (Tabela 11).

Os usuários também informaram que, fora às oficinas e os grupos, quando vão ao CAPS recebem consultas, atendimentos, conversam com profissionais, verificação a pressão arterial (30%), vão

conversar, dar opiniões e desabafar (15%). Um quinto (21%) referiu que não faz nada além das oficinas e grupos.

Tabela 10. Distribuição dos usuários de acordo com a participação em grupos nos CAPS. Pelotas, RS, 2007.

Participação em grupos	n	%
Apoio, terapêutica, conversação	231	54%
Medicação, psicofármacos	55	13%
Mulheres	51	12%
Expressão	13	3%
Família	12	3%
Prevenção	11	3%
Alcoolistas	10	2%
Transtornos de humor	9	2%
Cultura	6	1%
Toxicodependentes	3	0,6%
Alfabetização, educativo, letramento	2	0,4%
Outros	25	6%
Total	428*	100%

* Total de participantes de grupos no CAPS (duas variáveis).

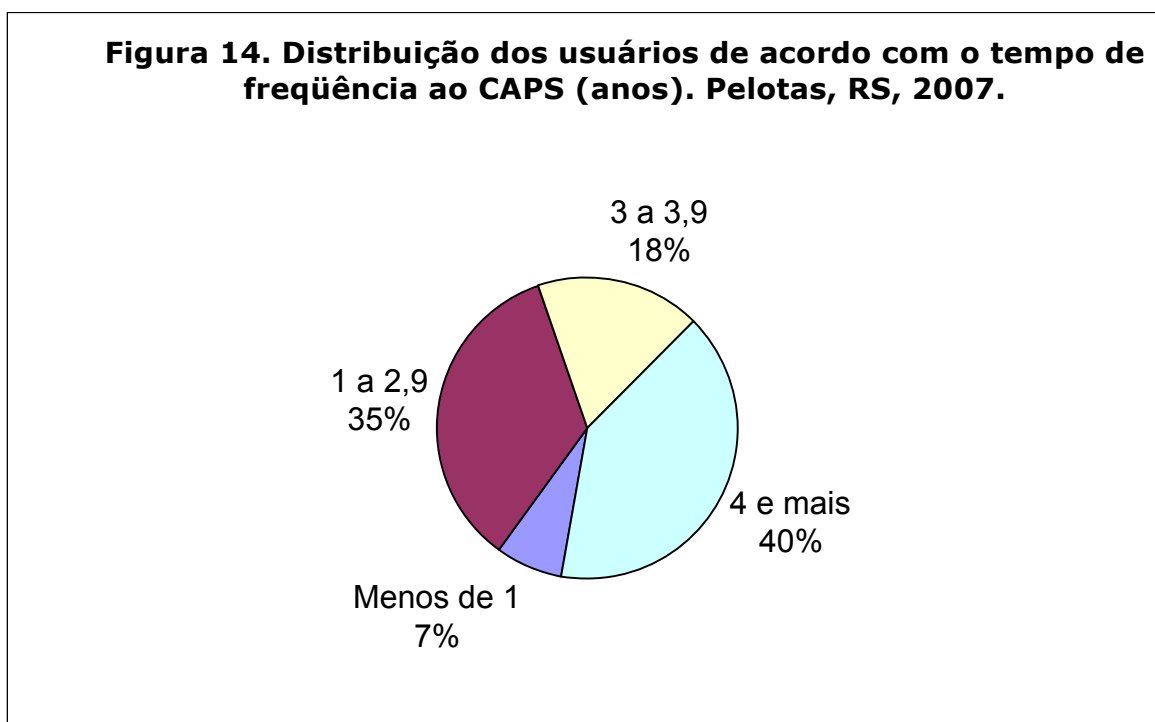
Tabela 11. Distribuição dos usuários de acordo com a opinião sobre os grupos nos CAPS. Pelotas, RS, 2007.

Opinião sobre os grupos	n	%
Bom, gosta, motiva, importante	277	65%
Muito bom, gosta muito, ajuda muito	80	19%
Ótimo, maravilhoso, excelente	19	5%
Não gosta, não precisa ter	14	3%
Divide problemas, troca experiências	12	3%
Gosta com restrições	9	2%
Recebe informações, esclarece dúvidas	6	1%
Outras opiniões	7	2%
Total	424*	100%

* Total de opiniões sobre os grupos no CAPS (duas variáveis).

Tempo de freqüência ao CAPS e visitas domiciliares

Em média, os usuários estão freqüentando o CAPS há 3,5 anos ($\pm 1,9$ ano) e mais de metade (58%) freqüente há três anos ou mais (Figura 14).



Um quinto dos usuários (21%) já havia recebido visita em casa de algum profissional do CAPS; destas, 40% foram para saber por que não estavam freqüentando o serviço; 29% foram visitas de rotina e 13% pelo usuário estar em crise (Tabela 12).

Tabela 12. Distribuição dos usuários de acordo com o motivo da visita domiciliar de técnicos do CAPS. Pelotas, RS, 2007.

Motivo da visita	n	%
Investigar as faltas	79	40%
Visita de rotina	56	29%
Estar em crise	26	13%
Para conhecer o ambiente	14	7%
Acompanhamento médico	11	6%
Convite para atividades do CAPS	10	5%
Total	196	100%

Características do trabalho

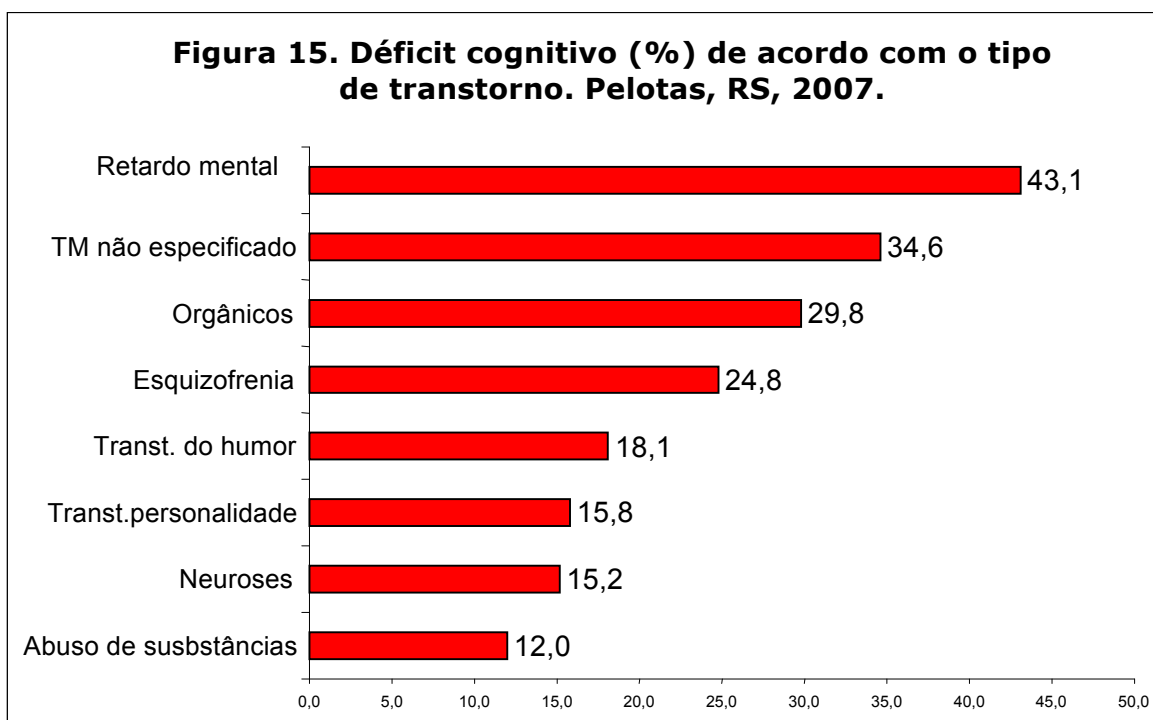
Apenas 15% dos usuários referiram estar trabalhando por ocasião da entrevista; outros 15% afirmaram nunca ter trabalhado e 70% declararam não estar trabalhando. Dos usuários que já trabalharam, 49% parou por causa do seu problema de saúde e não pode voltar. Um terço dos usuários estava aposentado e 17% recebia benefício temporário do INSS.

Entre os que estavam trabalhando, 28% eram empregados domésticos – sendo 90% mulheres –, 20% trabalhava como autônomo e 14% eram empregados no comércio. A grande maioria (93%) era remunerada pelo seu trabalho, tendo recebido em média um salário mínimo no mês que antecedeu a coleta de dados.

Déficit cognitivo

O Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), elaborado por Folstein *et al.* (1975), é um dos testes mais empregados e mais estudados em todo o mundo. Usado isoladamente ou incorporado a instrumentos mais amplos, permite a avaliação da função cognitiva e rastreamento de quadros demenciais. Tem sido utilizado em ambientes clínicos, para a detecção de declínio cognitivo, para o seguimento de quadros demenciais e no monitoramento de resposta ao tratamento. Em pesquisa, tem sido utilizado em estudos populacionais e na avaliação de resposta a drogas de experimentação.

Nesta amostra, a prevalência global de déficit cognitivo foi de 22%, variando significativamente conforme o diagnóstico principal (Figura 15).



4.2.2. Cuidadores domiciliares

Perfil sociodemográfico

A maioria dos cuidadores era mulher (69%), de cor branca (70%) e três quartos deles tinham entre 25 e 64 anos, com idade média de 48,1 ($\pm 16,4$) anos.

A situação socioeconômica expressa pelos indicadores de escolaridade e renda familiar *per capita*, era bastante baixa. Apenas 13% dos cuidadores tinham o ensino médio completo e 14% eram analfabetos. Quase um terço tinha renda familiar *per capita* inferior a meio salário mínimo mensal e somente 16% das famílias viviam com dois ou mais salários por mês (Tabela 13).

Tabela 13. Características sociodemográficas dos cuidadores dos usuários dos CAPS. Pelotas, RS, 2007.

VARIÁVEL	n	%
Sexo		
Masculino	272	31%
Feminino	602	69%
Idade (anos completos)		
14 a 24	99	11%
25 a 49	329	38%
50 a 64	295	34%
65 a 89	148	17%
Cor da pele		
Branca	607	70%
Parda / Mestiça	135	16%
Preta	126	14%
Escolaridade (anos completos)		
Nenhum	117	14%
1 a 3	137	16%
4 a 7	324	38%
8 a 10	159	19%
11 e mais	111	13%
Renda <i>per capita</i> (salários mínimos)		
Menos de 0,5	262	31%
De 0,5 a 0,9	230	28%
De 1 a 1,99	208	25%
2 ou mais	137	16%
Total	874	100%

Relações de parentesco com o usuário

A maioria dos cuidadores (96%) era familiar, com destaque para os cônjuges (32%), as mães (26%) e os filhos (19%). Além do entrevistado, o número médio de moradores em cada casa foi 2,6. Dois terços dos cuidadores eram casados ou viviam com companheiro(a) Tabela 14).

Tabela 14. Características das relações dos cuidadores com os usuários dos CAPS. Pelotas, RS, 2007.

VARIÁVEL	n	%
Tipos de relação com o usuário		
Familiar	841	96%
Não familiar	33	4%
Tipo de parentesco		
Mãe	215	26%
Irmão (ã)	112	13%
Cônjuge	272	32%
Filho (a)	156	19%
Outros	86	10%
Situação Conjugal		
Casado ou com companheiro	548	63%
Solteiro ou sem companheiro	325	37%
Total	874	100%

O dia a dia com o usuário

O estudo investigou os cuidados diários, a rede de apoio e a autonomia do usuário em atividades da vida diária. Mais da metade (56%) dos cuidadores sempre havia morado com o usuário, 58% referiu a necessidade de cuidar todos os dias e 30% afirmou que deixa de fazer suas atividades por causa do usuário. Apenas 27% referiu que tem ajuda de outra pessoa no domicílio e 40% disse que tem ajuda, mas de pessoas que não moram junto, sendo que 80% destes também são familiares e 20% são amigos ou vizinhos.

Em 14% dos casos, houve relato de membros da família que o usuário não respeitava, principalmente através de brigas, discussões e xingamentos (64%).

A Tabela 15 apresenta os itens que foram utilizados para a construção de um escore de dependência do usuário em relação ao cuidador e a variável final foi agrupada da seguinte forma: nenhuma dependência = nenhum item com resposta negativa; dependência leve = de 1 a 4 itens; dependência severa = 5 itens ou mais.

Tabela 15. Indicadores de autonomia e escore de dependência do usuário. Pelotas, RS, 2007.

Em relação à autonomia	n	%
Consegue ir ao banheiro sozinho	848	97%
Consegue se alimentar sozinho	839	96%
Consegue trocar de roupa quando necessário	777	89%
Consegue tomar banho sozinho	759	87%
Consegue arrumar a cama	670	77%
Anda de ônibus sozinho	603	69%
Toma os medicamentos de modo correto	582	67%
Procura ajuda ou informação sozinho	586	67%
Consegue ajudar na limpeza da casa	572	66%
Consegue preparar sua comida sozinho	543	62%
Consegue fazer compras sozinho	527	60%
Consegue pagar contas sozinho	482	55%
Dependência do usuário		
Nenhuma	310	36%
Leve	284	32%
Severa	280	32%
Total	874	100,0%

Sobrecarga emocional

A sobrecarga do cuidador foi aferida através da versão brasileira da escala *Burden Interview*. Este instrumento é composto por 22 afirmativas que refletem como as pessoas algumas vezes se sentem quando cuidam de outra pessoa, correspondendo a áreas como saúde, vida social e pessoal, situação financeira, bem estar emocional e relacionamento interpessoal, englobando aspectos objetivos e subjetivos.

A sobrecarga objetiva se refere às conseqüências negativas, concretas e observáveis, resultantes da presença da doença mental na família, tais como, perturbações na rotina, na vida social e profissional

dos familiares, perdas financeiras, tarefas diárias que eles precisam executar para cuidar de todos os aspectos da vida do paciente (higiene, transporte, medicação, alimentação, lazer, etc.), perturbações nas relações entre os membros da família, ocorrência de comportamentos problemáticos com os quais os familiares precisam lidar na tentativa de evitá-los ou de lidar com suas conseqüências (comportamentos embaraçosos, agressões físicas e verbais, condutas sexuais, etc.) e o suporte dado ao paciente (Maurin e Boyd, 1990; Tessler e Ganache, 2000; Martens e Addington, 2001 *apud* Bandeira e Barroso, 2005).

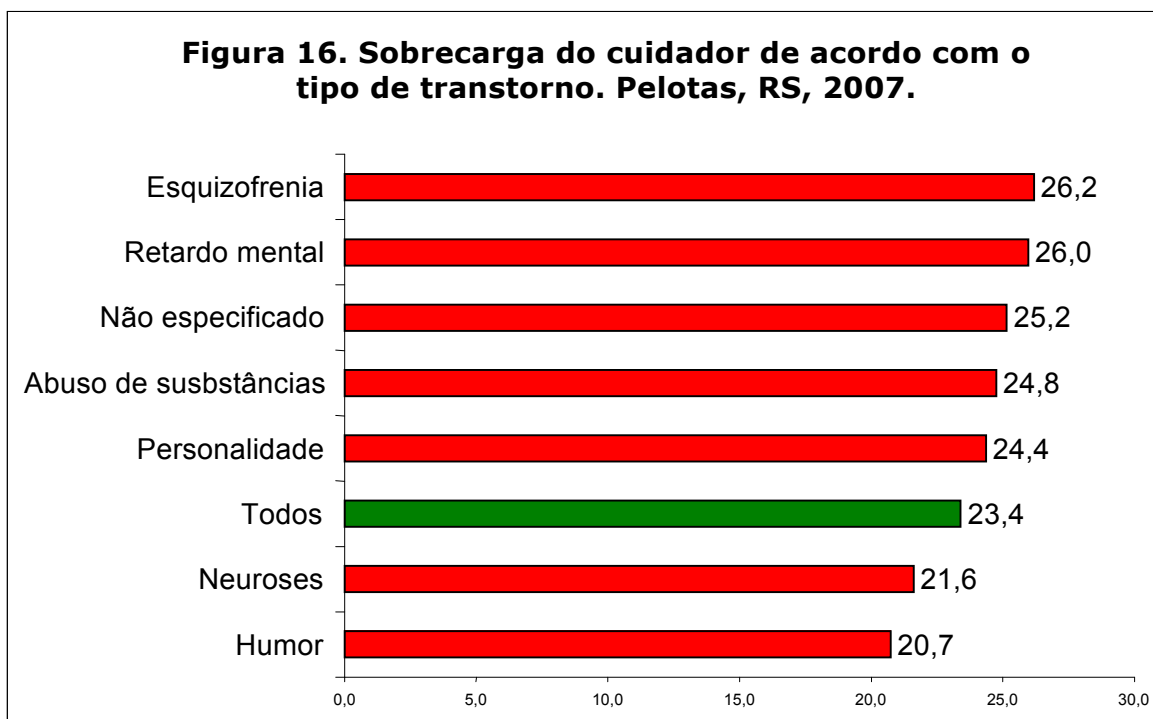
O aspecto subjetivo da sobrecarga se refere à percepção ou avaliação pessoal do familiar sobre a situação, sua reação emocional e seu sentimento de estar sofrendo uma sobrecarga atribuída por ele à presença do doente mental na família. Este aspecto se refere ao grau em que os familiares percebem a presença, os comportamentos e a dependência dos pacientes como uma fonte de pensamentos e sentimentos negativos, preocupações e/ou tensão psicológicas (Maurin e Boyd, 1990; st. Onge e Lavoie, 1997 *apud* Bandeira e Barroso, 2005).

A pontuação média na escala de sobrecarga foi de 23,4 (d.p.=15,6), tendo sido significativamente maior entre as mulheres, entre os cuidadores com mais idade e entre os com menor escolaridade. Não houve diferença na pontuação da escala de acordo com a situação conjugal e a renda familiar, embora tenha indicado maior sobrecarga entre os entrevistados com menor poder aquisitivo.

Igualmente observaram-se maiores níveis de sobrecarga para familiares, entre as mães, entre aqueles que referiram ter que cuidar do(a) usuário(a) todos os dias e entre aqueles responsáveis cujos usuários apresentavam alto grau de dependência. O fato de ter residido sempre com o usuário implicou em um excesso de sobrecarga. Ao analisar a sobrecarga dos cuidadores de acordo com o histórico de internações psiquiátricas, observou-se que a menor sobrecarga foi

registrada para familiares cujo usuário nunca havia internado, aumentando na medida em que as internações eram mais próximas.

A Figura 16 apresenta a pontuação média na escala de sobrecarga de acordo com o diagnóstico do usuário, com destaque para os maiores índices ao se tratar de esquizofrenia e retardo mental e os menores índices para neuroses e transtornos de humor.



Além disso, também se analisou a sobrecarga do familiar através do *Self-Report Questionnaire* (SRQ-20). Desenvolvido por Harding, Arango, e Baltazar (1980) e validado no Brasil por Mari & Willians (1986), o instrumento é constituído de 20 perguntas e permite fazer o rastreamento de distúrbios psiquiátricos menores (depressão, ansiedade, distúrbios somatoformes e neurastenia).

A presença de transtornos mentais comuns (SRQ-20) foi de 42% e os 354 cuidadores classificados como possíveis casos pelo teste tiveram maior média na pontuação de sobrecarga (31,6; $dp=16,9$) do que os cuidadores que não foram classificados como possíveis casos (17,8; $dp=11,7$).

Perguntados diretamente sobre "problemas de nervos", 26% afirmou ter e 14% afirmou já ter tido, o que representou 40% dos entrevistados. Deste total, 21% já havia hospitalizado e 26% já havia se tratado em algum CAPS. Ter procurado um psicólogo ou psiquiatra para se tratar foi referido por 64% destes cuidadores e 56% referiu uso de medicamentos psicofármacos nos últimos 30 dias, sendo 46% nos últimos 15 dias. O uso de medicamentos para dormir foi referido por 19% dos cuidadores.

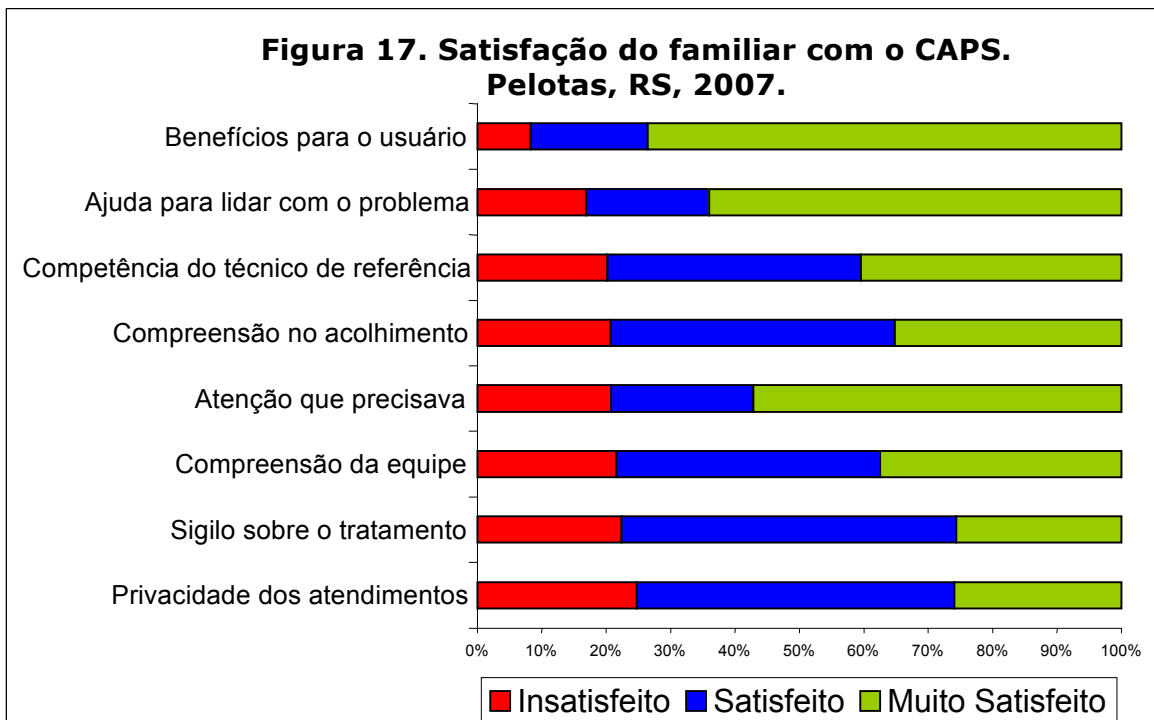
Além dos "problemas de nervos", 46% dos entrevistados referiram outros problemas de saúde, sendo com maior frequência a hipertensão arterial (29%), seguida de outros problemas cardiocirculatórios (14%) e de problemas osteomusculares (14%). Para estes problemas, 57% afirmou ter tomado medicamentos nos 15 dias anteriores à entrevista.

Tabagismo e uso de bebida alcoólica

Da amostra de cuidadores, 27% era fumante, 22% referiu já ter fumado em algum momento da vida e 51% nunca fumaram. Pouco mais de 20% dos entrevistados referiu o uso de bebida alcoólica nos últimos 30 dias e, destes, 8% foram classificados como dependentes pelo teste CAGE (Ewing, 1984).

Opinião sobre tratamento do usuário e participação no CAPS

Apenas 19% dos cuidadores participou de algum grupo no CAPS, sendo que a maioria o fez em grupos de familiares. A Figura 17 apresenta a distribuição dos familiares de acordo com o grau de satisfação relacionado a diversos aspectos do tratamento. Os itens mais positivos diziam respeito aos benefícios do CAPS para o usuário, com a ajuda recebida para lidar com o problema e ter recebido a atenção que julgava necessária. Os maiores índices de insatisfação foram relacionados à falta de privacidade e sigilo dos atendimentos.



4.3 Estudo de acompanhamento

As visitas do estudo de acompanhamento ocorreram nos meses de maio, junho, julho e agosto de 2007. No total foram entrevistados 875 usuários e 695 familiares / cuidadores.

Além dos questionários, sempre que o usuário referia o uso de algum medicamento psicofármaco, era preenchida uma folha extra para cada um dos medicamentos, com informações que permitissem avaliar a adesão do usuário do CAPS a esta terapêutica (Anexo XVIII).

O Quadro 2 apresenta a distribuição de usuários entrevistados na linha de base e os entrevistados na visita de acompanhamento de acordo com o CAPS.

Quadro 2. Usuários entrevistados na linha de base e no estudo de acompanhamento. Pelotas, RS, 2007.

CAPS	Entrevistados na linha de base	Entrevistados no acompanhamento	Perdas	% de entrevistados
A	63	56	7	89%
B	49	40	7*	86%
C	166	146	17**	90%
D	241	203	33***	86%
E	183	162	17****	91%
F	213	183	30	86%
G	98	85	11*****	89%
TOTAL	1.013	875	122#	88%

*2 óbitos **3 óbitos ***5 óbitos ****4 óbitos *****2 óbitos
16 óbitos

O percentual médio de perdas de 12% deveu-se principalmente a endereços não localizados (60%) e recusas (40%). Foram registrados 16 óbitos entre as duas visitas domiciliares.

4.3.1 Usuários

Entre os 875 usuários entrevistados, 181 (21%) não estavam mais freqüentando o CAPS. Os principais motivos referidos foram ter recebido alta (47%), descontentamento com o serviço (39%) e doença e/ou mudança de cidade (14%).

A Tabela 16 apresenta a comparação dos principais desfechos do estudo de coorte relativos aos usuários. Houve uma redução significativa na proporção de usuários com terapêutica medicamentosa, no relato de crises, de internações psiquiátricas e de atendimentos em pronto-socorro. No mesmo período, aumentou significativamente a proporção de usuários freqüentando oficinas e grupos nos CAPS.

**Tabela 16. Comparação entre desfechos em usuários.
 Pelotas, RS, 2007.**

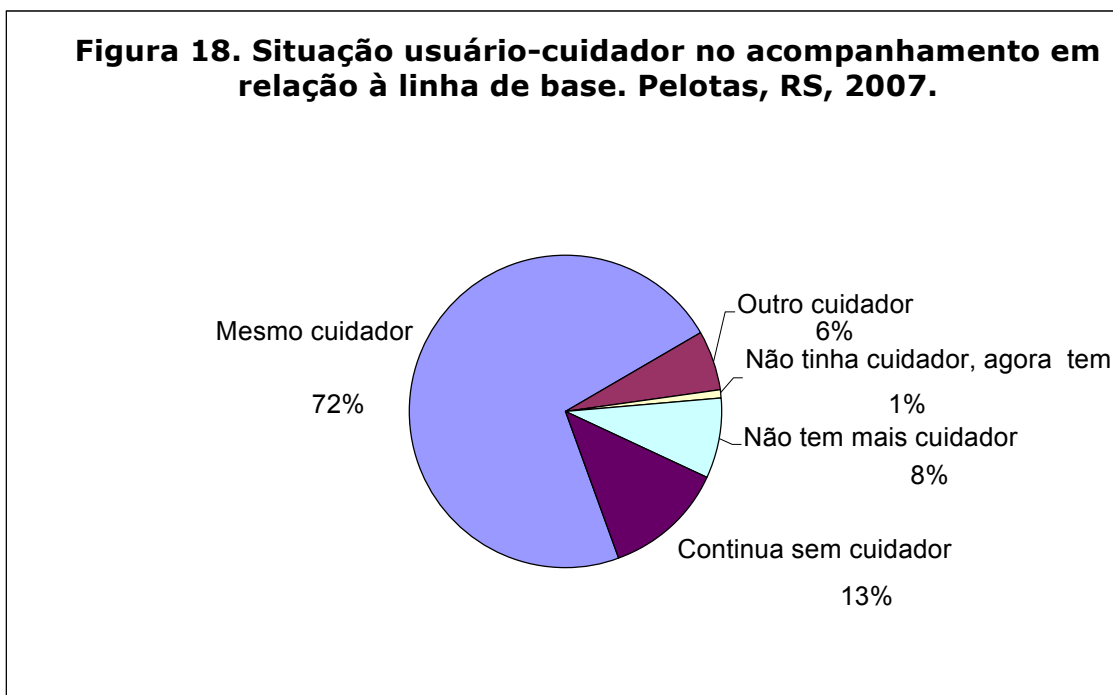
	Linha de base (n=1.013)	Acompanhamento (n=875)	p-valor
Uso de medicamentos	93%	89%	0,002
Crise ou piora*	63%	30%	0,000
Internações psiquiátricas*	15%	5%	0,000
Atendimentos ambulatoriais**	38%	34%	0,075
UBS da área	22%	22%	0,970
Especialista	14%	10%	0,009
Pronto Socorro	9%	7%	0,109
Outra UBS	7%	9%	0,106
Outro local	7%	5%	0,073
Médico particular	6%	5%	0,348
Hospital psiquiátrico			
Participação em oficinas no CAPS	39%	44%	0,028
Participação em grupos no CAPS	40%	49%	0,000

* recordatório de 12 meses no ELB e 9 meses, em média, no acompanhamento; ** recordatório de três meses.

4.3.2 Cuidadores domiciliares

Dada a dinâmica inerente às relações familiares, tomou-se o cuidado de identificar se os cuidadores domiciliares no acompanhamento seriam os mesmos do estudo de linha de base. A Figura 18 apresenta a distribuição destes cuidadores em relação a cinco diferentes situações. Observou-se que 72% eram os mesmos responsáveis pelo usuário, em 6% dos casos o responsável era outra pessoa, em 1% não havia sido identificado um cuidador na linha de base mas sim no acompanhamento, em 8% dos casos o usuário referiu

não ter mais um responsável e 13% dos usuários continuavam sem cuidadores domiciliares.



Da mesma forma que para os usuários, foram selecionados alguns desfechos de interesse a serem comparados entre as duas visitas (Tabela 17). Significativamente maiores proporções de familiares relataram nenhuma dependência do usuário em relação à atividades da vida diária. Outra diferença positiva foi a redução na proporção de familiares com transtornos mentais comuns e no número médio de pontos da escala que mede sobrecarga emocional. Entretanto, foram menores as proporções de entrevistados que referiram contar com ajuda em casa e de outras pessoas não residentes no domicílio para os cuidados com os usuários. Igualmente preocupante foi a ainda menor participação em grupos de familiares promovidos pelos CAPS do que a registrada no estudo de linha de base.

**Tabela 17. Comparação entre desfechos em familiares.
 Pelotas, RS, 2007.**

	Linha de base (n=874)	Acompanhamento (n=695)	p-valor
Dependência			
Nenhuma	36%	41%	0,026
Leve	32%	25%	0,000
Moderada	32%	34%	0,339
Tem ajuda em casa	27%	20%	0,002
Tem ajuda de outros	40%	31%	0,000
Transtornos mentais comuns (SRQ+)	42%	36%	0,018
Sobrecarga emocional*	23,4 (15,6)	21,3 (16,9)	0,013
Participação em grupos de familiares no CAPS	19%	14%	0,012

* Média e desvio-padrão

4.4 Profissionais

4.4.1 Inquérito descritivo

Do total de 130 trabalhadores lotados nos CAPS por ocasião do estudo, foram entrevistados 112 (86%). O Quadro 3 apresenta a constituição das equipes por CAPS e o número de profissionais entrevistados.

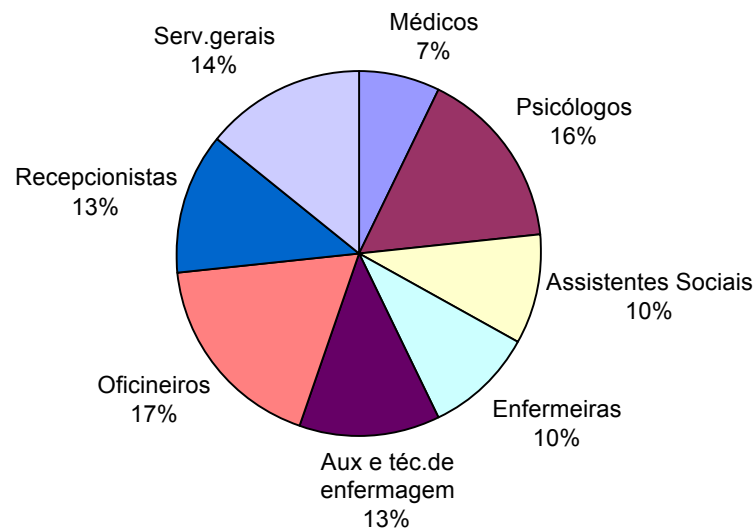
Quadro 3. Distribuição dos profissionais por CAPS e amostra estudada. Pelotas, RS, 2007.

Profissionais/CAPS	A	B	C	D	E	F	G	TOTAL
Médicos	1	2	1	2	1	2	1	9
Psicólogos	2	3	2	3	3	3	3	19
Assistentes Sociais	1	3	1	1	1	1	1	8
Enfermeiros	2	2	2	1	2	1	2	12
Oficineiros	4	3	4	5	5	5	4	30
Auxiliares de enfermagem	2	2	2	3	2	1	3	15
Auxiliares administrativos	2	3	2	3	2	2	2	15
Outros	2	2	4	3	3	2	3	18
TOTAL	16	20	18	21	19	17	19	130
Entrevistados	15	19	18	16	14	13	17	112
Perdas	1	1	0	5	5	4	2	18
% de entrevistados	94%	95%	100%	76%	74%	76%	89%	86%

Perfil profissional e sociodemográfico

Dos 112 profissionais participantes do estudo, a maior proporção estava vinculado às atividades das oficinas - artesanato, arte-terapeuta, educadores físicos (17%), seguido dos psicólogos (16%), serviços gerais (14%), recepcionistas e auxiliares / técnicos de enfermagem (13%), assistentes sociais e enfermeiros (10%) e em menor proporção os médicos (7%) (Figura 19).

Figura 19. Distribuição dos profissionais conforme a função. Pelotas, RS, 2007.



A maioria dos trabalhadores era do sexo feminino (83%), com idade média de 40 anos (d.p.=9,6 anos). A distribuição por faixa etária demonstra uma maior proporção entre 41 e 50 anos (38%). Com relação à escolaridade, 44% dos profissionais possuía até o 2º grau completo, 21% possuía curso superior e 36% havia concluído algum curso de pós-graduação. Os trabalhadores pertencentes às classes econômicas A e B representaram 64% da amostra (Tabela 18).

Tabela 18. Distribuição dos profissionais de acordo com características sociodemográficas. Pelotas, RS, 2007.

VARIÁVEL	n	%
Sexo		
Masculino	19	17%
Feminino	93	83%
Idade (anos)		
≤ 30	23	21%
31 a 40	32	29%
41 a 50	42	38%
> 50 anos	14	13%
Escolaridade		
Até 2º grau completo	49	44%
3º grau completo	23	21%
Pós-graduação completa	40	36%
Classe Econômica (ANEP)		
A	16	14%
B	56	50%
C	33	30%
D	7	6%
Total	112	100%

Características do trabalho

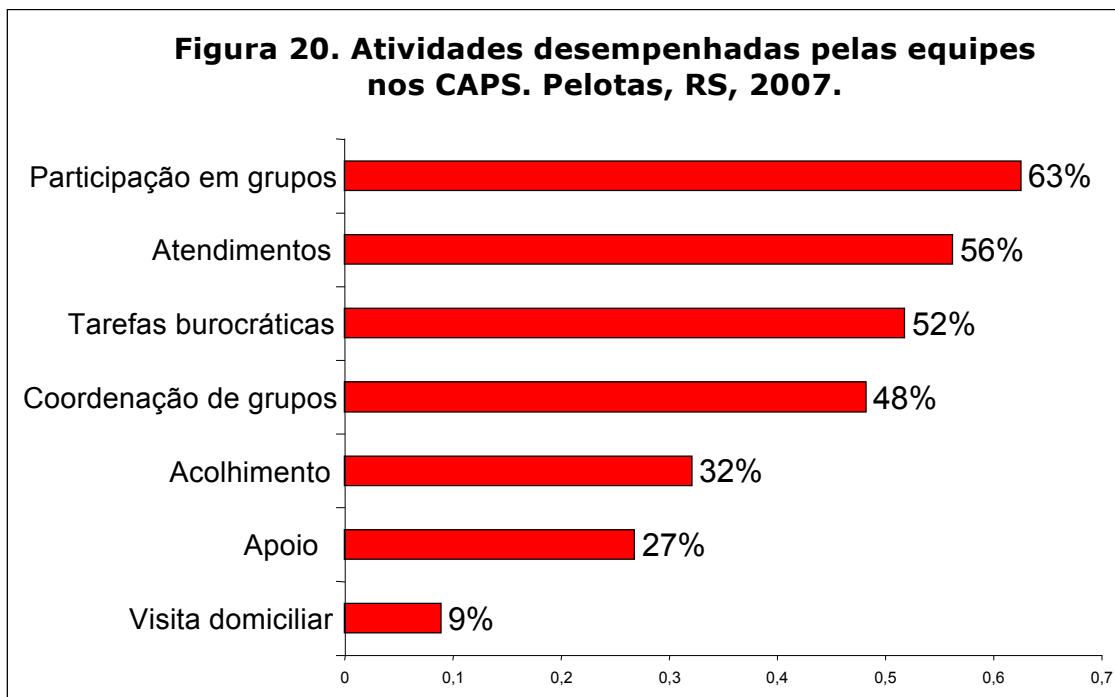
A forma de ingresso e o vínculo empregatício que apresentaram maior proporção foram, respectivamente, o concurso público (77%) e o vínculo estatutário (79%). Mais de 70% dos entrevistados estava satisfeito com o tipo de vínculo de trabalho. A maioria dos trabalhadores (71%) referiu carga horária semanal no CAPS entre 20 a 30 horas e 61% tinha outro trabalho, fazendo com que um terço tivesse uma jornada com mais de 40 horas semanais. Os trabalhadores demonstraram ter experiência na área da saúde mental, pois 75% já atuava há 10 anos ou mais. Praticamente 90% referiram que realizam suas atividades sem supervisão da coordenação municipal (Tabela 19).

Tabela 19. Distribuição dos profissionais de acordo com características do trabalho. Pelotas, RS, 2007.

VARIÁVEL	n	%
Forma de ingresso		
Concurso público	86	77%
Contrato administrativo	15	13%
Cargo de confiança, seleção interna /substituição	11	10%
Vínculo empregatício		
Estatutário	88	78%
Contrato temporário	14	13%
Cooperado, outro tipo	9	9%
Satisfação com vínculo empregatício		
Não	30	27%
Sim	82	73%
Carga horária semanal no CAPS		
< 20 horas	7	6%
De 20 a < 30	79	71%
De 30 a < 40	19	17%
40 horas	7	6%
Tem outro trabalho		
Não	44	39%
Sim	68	61%
Carga horária semanal total		
≤ 20	27	24%
De 21 a ≤ 30	18	16%
De 31 e ≤ 40	29	26%
> 40	38	34%
Tempo de trabalho em saúde mental		
Menos de 3 anos	28	25%
3 a 10 anos	51	45%
Mais de 10 anos	33	30%
Supervisão da coordenação municipal (3 meses)		
Não	96	86%
Sim	16	14%
Total	112	100%

A Figura 20 apresenta as diferentes tarefas desempenhadas pelos profissionais, chamando a atenção para o fato de que mais de uma

tarefa geralmente é realizada pela mesma pessoa. As atividades mais freqüentes foram participações em grupos, atendimentos individuais e tarefas burocráticas.



Foi construído um escore somando as diferentes atividades, através do qual observou-se que 44% dos entrevistados referiram responder por seis ou mais tarefas no cotidiano do serviço. Esta proporção apresentou grande variabilidade entre os profissionais, sendo que os enfermeiros, os psicólogos e os assistentes sociais parecem ser os mais sobrecarregados (Figura 21).



A seguir estão descritos os aspectos relacionados com a percepção dos profissionais sobre as condições em que trabalham nos CAPS. Os destaques negativos são para a falta de recursos para o trabalho, acreditar que seus erros podem afetar outras pessoas, falta de capacitação e de solidariedade entre colegas, além de realizarem muitas tarefas, com destaque para as burocráticas (Figuras 22 e 23). Entre os destaques positivos se destaca o comprometimento com o trabalho, sentir-se útil e orgulhoso com o que faz.



* Proporção de respostas positivas às perguntas.



* Proporção de respostas positivas às perguntas.

Condições de saúde

Ao avaliar as condições de saúde dos profissionais foi identificado que a maioria (58%) possui algum problema de saúde diagnosticado por médico e também haviam consultado nos últimos 90 dias. As consultas foram realizadas preferencialmente através de convênio (72%), seguido de serviço particular (14%) e UBS (8%). Dos profissionais que referiram ter problema de saúde, 48% faziam uso regular de medicamentos. Da totalidade dos profissionais, 68% havia utilizado algum medicamento nos últimos 15 dias, sendo que, em 24% das vezes a utilização foi realizada sem receita médica. Cerca de um terço dos profissionais (30%) faltou ao trabalho no último mês e o principal motivo (50%) foi problema próprio de saúde. Um em cada cinco entrevistados foi positivo para a presença de transtornos mentais comuns, como ansiedade e depressão, aferidos pelo SRQ-20. (Tabela 20).

Tabela 20. Problemas de saúde dos profissionais, utilização de medicamentos e falta ao trabalho. Pelotas, RS, 2007.

VARIÁVEL	n	%
Problema de saúde		
Sim	65	58%
Não	47	42%
Precisou consultar médico nos últimos 90 dias		
Sim	65	58%
Não	47	42%
Principais problemas de saúde*		
Doenças aparelho respiratório	18	29%
Hipertensão	13	21%
Oftalmológicos	11	17%
Endócrinos / metabólicos	11	17%
Osteomusculares	10	16%
Uso regular de medicamento**		
Sim	31	48%
Não	33	52%
Uso de medicamento nos últimos 15 dias		
Sim	76	68%
Não	36	32%
Maioria dos medicamentos com receita médica		
Sim	85	76%
Não	27	24%
Faltou ao trabalho no último mês		
Sim	34	30%
Não	78	70%
Motivo da falta ao trabalho		
Problema de saúde próprio	17	50%
Problema de saúde familiar	7	21%
Desmotivado / problemas pessoais	3	9%
Outros motivos	7	21%
Transtornos mentais comuns (SRQ-20)		
Sim	22	20%
Não	86	80%
Total	112	100%

** Um profissional poderia apresentar mais de um problema de saúde (n=63; 2 missing) * Somente para profissionais que referiram problema de saúde.

Qualidade de Vida

Para avaliar a qualidade de vida dos profissionais, utilizou-se a versão breve do instrumento *WHOQOL* (Fleck, 1999). Esta versão possui duas questões gerais de qualidade de vida e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original, agrupadas em quatro domínios.

- **Físico:** dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso;
- **Psicológico:** sentimentos positivos, pensamento, aprendizagem, memória e concentração, auto-estima, imagem corporal e aparência e sentimentos negativos;
- **Relações sociais:** relações pessoais, suporte (apoio) social e atividade sexual;
- **Ambiente:** segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, disponibilidade e qualidade de cuidados de saúde e sociais, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, oportunidades e participação em atividades de recreação e lazer; ambiente físico (poluição / ruído / trânsito / clima) e transporte.

O resultado da avaliação é expresso em uma escala percentual para cada domínio, onde valores mais altos indicam melhor qualidade de vida. A média dos escores obtidos em cada domínio é apresentada na Tabela 21, onde é possível observar que a maior variação ocorreu no domínio das relações sociais e a menor, no domínio físico. O domínio de ambiente físico mostrou-se o mais prejudicado, enquanto o das relações sociais, com maior valor, apresentou-se como aspecto positivo da qualidade de vida dos profissionais.

Tabela 21. Média e desvio-padrão dos escores dos domínios de qualidade de vida (WHOQOL/breve) dos profissionais dos CAPS. Pelotas, RS, 2007.

DOMÍNIO	Média	Desvio-padrão
Físico	55,5	8,6
Psicológico	63,6	9,2
Relações sociais	71,9	17,9
Meio Ambiente	59,2	12,6

Não se encontrou relação significativa entre sexo, idade e função para todos os domínios da escala de qualidade de vida. Entretanto, observou-se que quanto mais baixo o nível econômico, significativamente menores foram as médias da pontuação no domínio do ambiente.

Em nenhum dos domínios foi observada diferença significativa de acordo com a carga horária semanal de trabalho. Já o tempo de trabalho em saúde mental mostrou diferença importante apenas nos domínios psicológico e relações sociais, ao contrário da satisfação com o vínculo, que mostrou diferença significativa apenas nos domínios físico e ambiente. Aqueles profissionais com mais tempo de trabalho em saúde mental apresentaram escores médios de qualidade de vida no domínio psicológico do que os com menos tempo na área.

De acordo com as condições de trabalho, os aspectos pessoais foram os que apresentaram a maior diferença nos domínios físico e ambiente.

As Figuras 24 a 27 apresentam os escores médios e sua variação para cada categoria profissional.

Figura 24 . Média e desvio-padrão dos escores do domínio físico, de acordo com a profissão. Pelotas, RS, 2007.

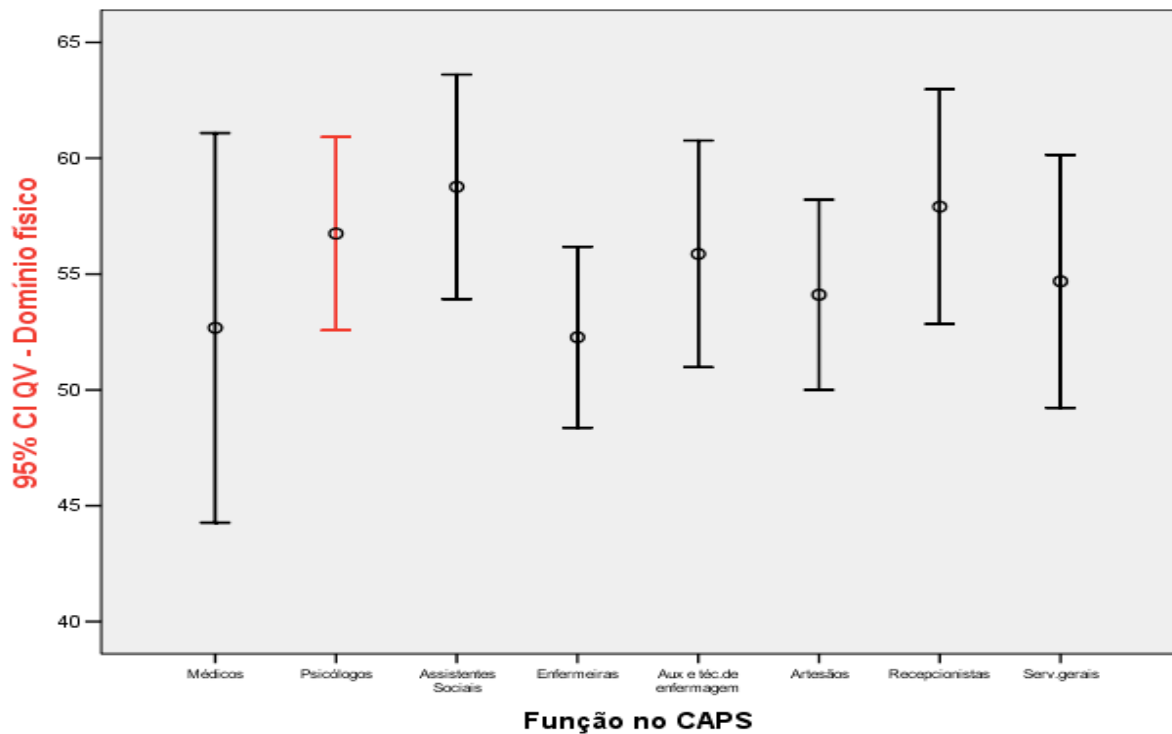


Figura 25 . Média e desvio-padrão dos escores do domínio psicológico, de acordo com a profissão. Pelotas, RS, 2007.

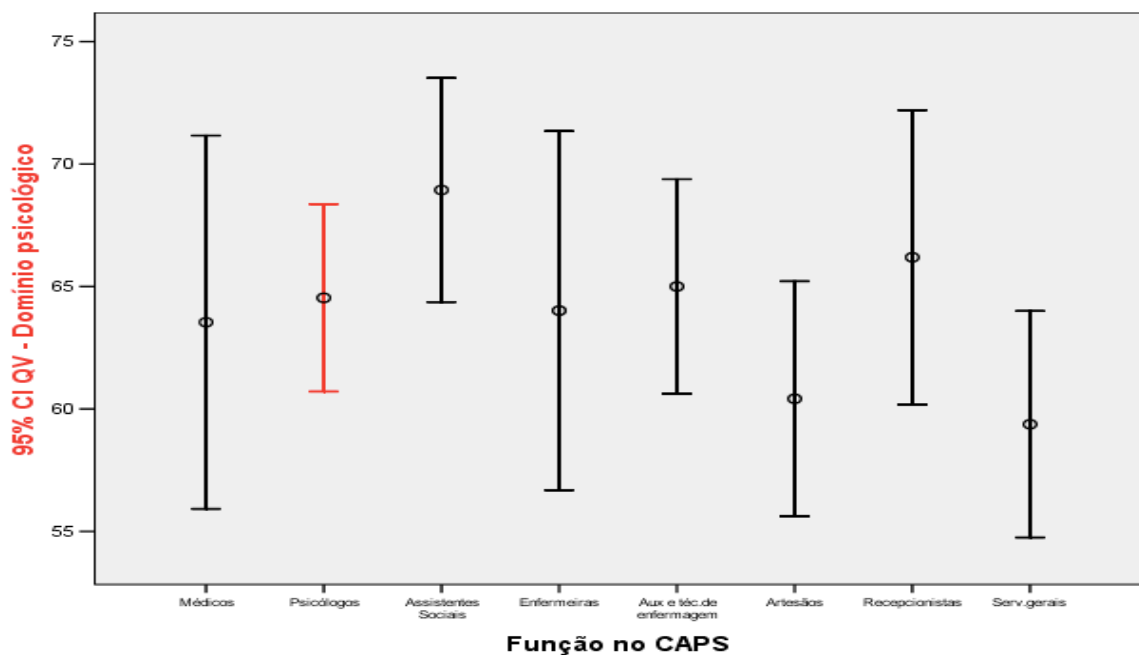


Figura 26 . Média e desvio-padrão dos escores do domínio das relações sociais, de acordo com a profissão. Pelotas, RS, 2007.

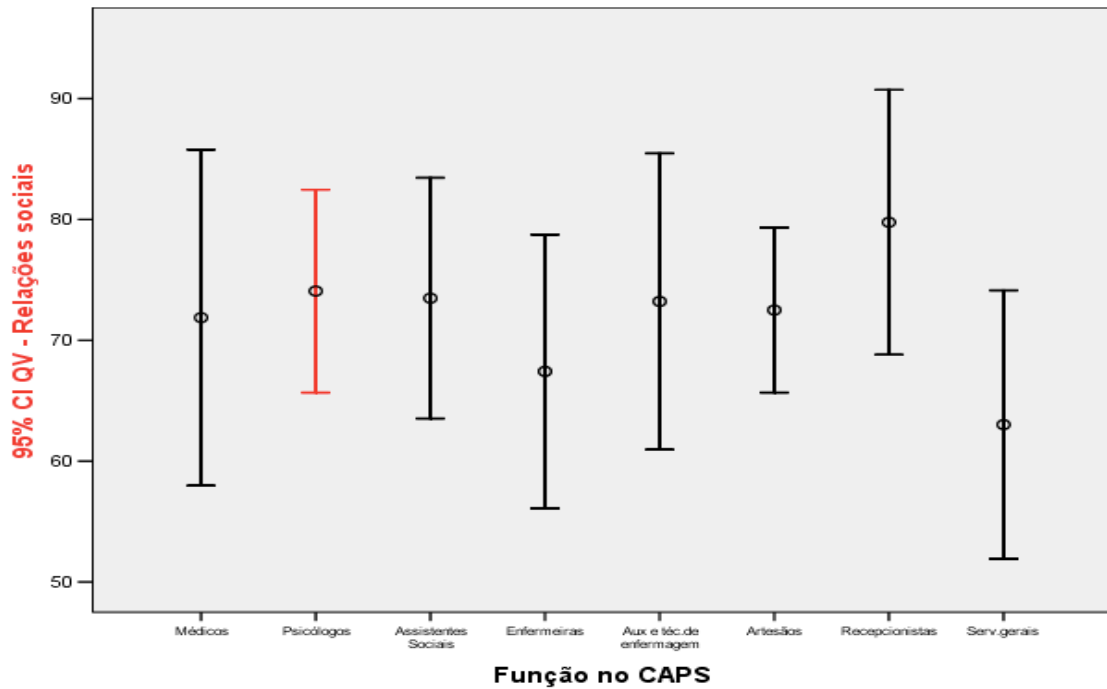
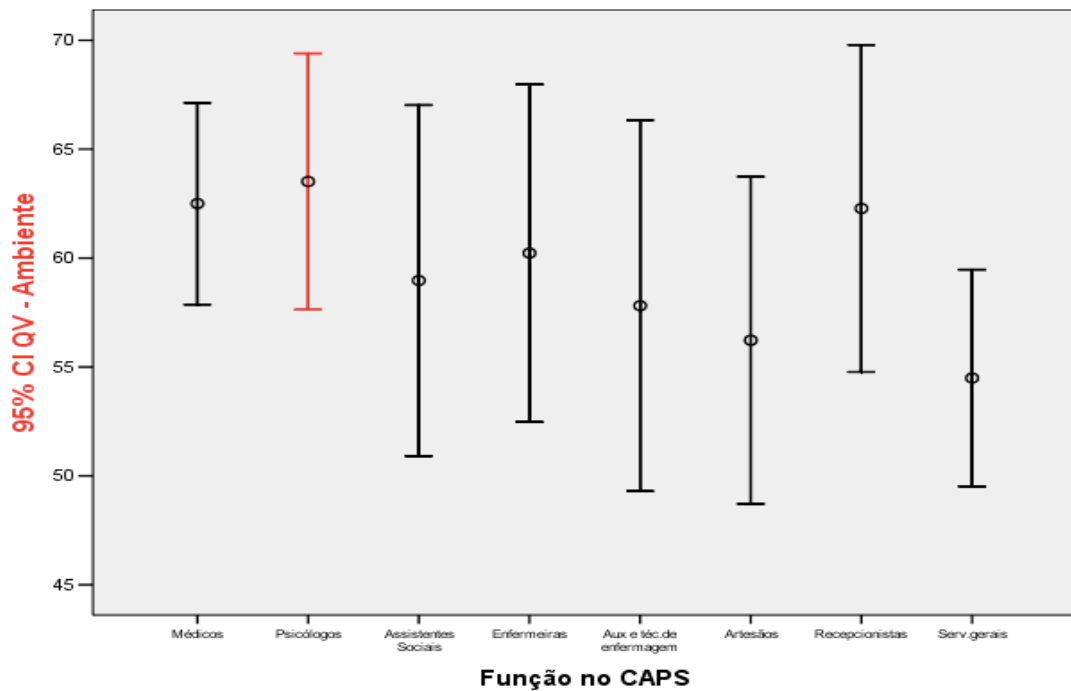


Figura 27 . Média e desvio-padrão dos escores do domínio ambiente, de acordo com a profissão. Pelotas, RS, 2007.



4.4.2 Estudo qualitativo

Contexto local

Por serem locais substitutivos às internações manicomiais ou hospitalares, os técnicos dos CAPS devem saber lidar com uma série de agravos e contingências que demandam suporte estrutural (físico), pessoal e de insumos. Como o relatório tem apontado, estas três áreas apresentam dificuldades que interferem no processo de trabalho. As terapêuticas e as relações decorrentes entre técnicos e portadores de sofrimento psíquico sofrem interferências quando estas áreas são afetadas, modificando a conformação do serviço em muitos aspectos.

A estrutura física precária ou não adequada ao serviço, o número reduzido de técnicos – principalmente de psiquiatras, os baixos salários e a falta de alimentos e de material para a realização das oficinas compõem uma visão contraproducente deste serviço, mas igualmente presente em outros ramos da saúde pública. Segundo os técnicos estas condições são decorrentes da desconsideração que há com este serviço na gestão atual. A afirmação, além de habitual, se mantém pela comparação com a gestão municipal que implantou a política CAPS – muitos dos técnicos desta época se encontram nos CAPS e são considerados figuras-chave e líderes entre outros.

Observou-se também que a baixa qualidade da comunicação dos serviços com a coordenação municipal de saúde mental e a posição dos CAPS na agenda de saúde local trazem ao menos duas conseqüências:

1. Impede que os diálogos com a coordenação sejam atualizados e produtivos, buscando posições políticas atuais ao invés de requerer que o gestor atual seja semelhante ao anterior;
2. Impede que os servidores criem redes de apoio na comunidade e que desenvolvam trabalhos que integrem os CAPS. A concepção de serem servidores públicos desconsiderados e mal pagos reafirma a dependência e culpa do governo municipal para a não realização de trabalhos criativos ou mais eficientes com maior

freqüência. Conseqüentemente, o clima de desânimo, em distintos níveis, acarreta divergências nos CAPS e entre os CAPS.

Um exemplo mais extremo da pouca relação do gestor com os CAPS ocorreu quando houve o desabastecimento de alimentos, falta de vales-transporte e medicamentos em todos os CAPS durante um período de dois meses e meio, entre 2006-7. Nesta ocasião, muitos dos usuários intensivos e semi-intensivos deixaram ou diminuíram a freqüência de idas ao CAPS. A ausência de alimentos (café, lanche e/ou almoço) modificou e/ou ressaltou a relação dos usuários e profissionais com o próprio serviço. Evidentemente que para os usuários os alimentos agregam valor ao tratamento como um todo. No entanto, para os técnicos essa ausência se tornou referência para reivindicações e trouxe reflexos importantes durante e após a “crise” de abastecimento.

Durante a “crise” ganhou destaque à visão mais ‘assistencial’ do serviço, uma forte referência ao local como o que provirá alimentos e medicamentos para a melhor sobrevivência dos usuários. Esta visão nem sempre estava associada, em todos os locais, a do CAPS ser a ‘casa’ dos usuários, portanto lugar de bem-estar e proteção integral. Em três locais prevaleceu a visão do CAPS como um serviço de saúde desassistido, que não pode desempenhar suas funções e, por conseguinte, interrompendo quase todos os atendimentos e trabalhos enquanto não recebiam alimentação e medicamento. Atitudes distintas dos serviços provocaram novas situações de conflito, críticas duras e comparações descontextualizadas das equipes sobre os serviços das outras equipes. Embora todos tenham interrompido o acolhimento e parte considerável de suas atividades terapêuticas, cada local entendeu o seu prejuízo se não como maior como o mais afetado na dinâmica da equipe. Posições discordantes durante a ‘crise’ geraram faltas, atestados, fofocas e mal-entendidos entre muitas equipes. Cabe ressaltar que quando mencionamos equipes estamos também nos

referindo às subdivisões internas - cada CAPS possui dois ou mais grupos de técnicos que se alia ou não a outros do mesmo local nas mais diversas situações.

Neste momento de 'crise' também ocorre de alguns profissionais mais antigos nos CAPS, mais escolarizados e com uma rede social e profissional ampla (como os psiquiatras, enfermeiros e psicólogos), solicitarem demissão ou transferência de local. Evidente que esse prejuízo não atinge somente o quadro de servidores; os usuários entendem a fragilidade dos serviços e muito desta característica, vinculada à posição do gestor, foi explicada a eles pelos técnicos em assembleias e grupos.

As abordagens terapêuticas durante a 'crise' tornam-se mínimas, os horários de atendimento foram reduzidos ou cancelados, muitos grupos terapêuticos não ocorreram por falta de usuários e/ou técnicos. Os profissionais orientaram os usuários a buscarem medicamentos nas UBSs e na Farmácia municipal, instigando-os a entenderem a situação do serviço e a pressionarem outros setores do sistema de saúde para a resolução do seu problema e, de certo modo, da "crise dos CAPS".

A solução se efetiva com a reportagem impressa na mídia local, na qual o gestor é convidado a explicar tal situação. Os alimentos, medicamentos e vales-transporte chegam até os locais e os CAPS retomam sua rotina.

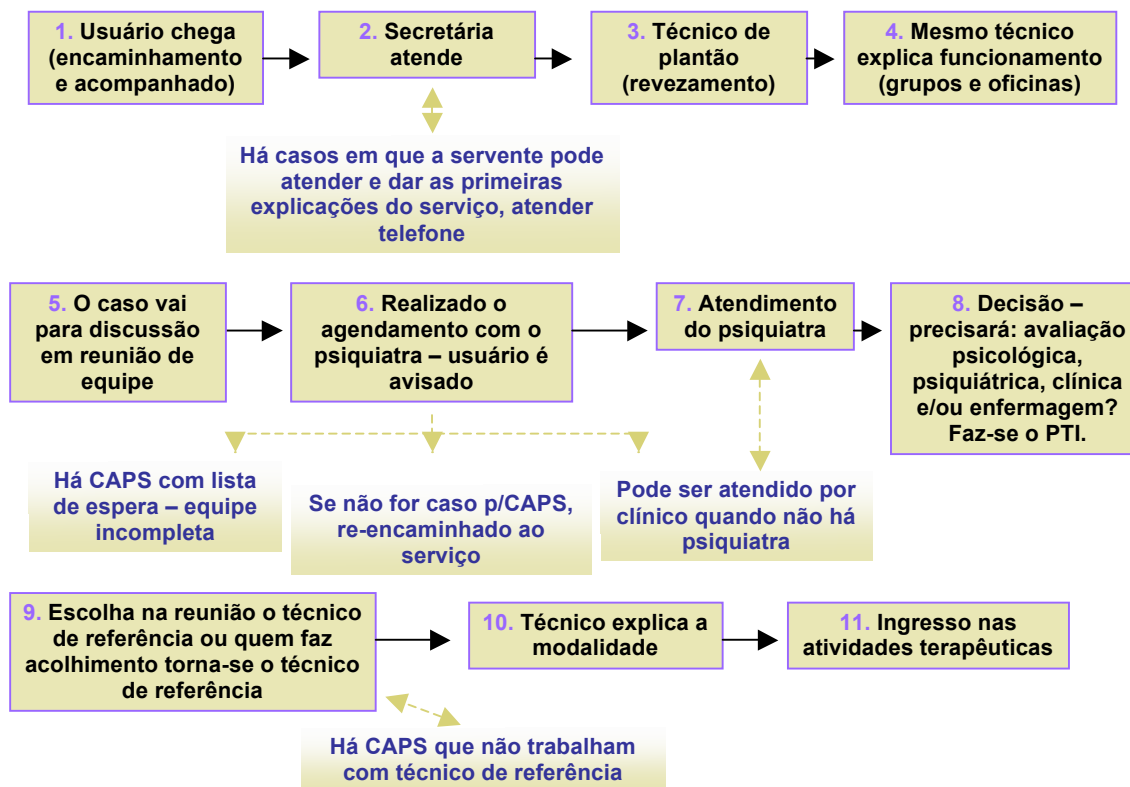
A rotina dos CAPS

A substituição de um modelo de saúde mental hospitalocêntrico pela integração do PSP à comunidade, com direito a atendimento em ambiente aberto por uma equipe multidisciplinar, traz consigo uma série demandas e necessidades que devem ser contempladas. No que tange ao município, quanto maior for a produção apresentada pelos CAPS também será maior a garantia de verba ao município destinada para o setor da saúde. Mesmo que esta verba não seja totalmente utilizada na saúde mental, as metas deste setor devem ser cumpridas,

gerando pressões para que os servidores acolham e mantenham em tratamento um contingente expressivo de pessoas com um número (nem sempre suficiente) de técnicos (Goidanisch, 2001). Estes não conseguem dispensar atenção sempre qualificada a todos os casos, principalmente aos que apresentam um grau médio ou leve de complexidade.

Estas considerações influem na qualidade do atendimento. Este pode ser avaliado desde o acolhimento do usuário e familiar, que teoricamente se pauta no processo de escuta qualificada, possibilitando o entendimento das necessidades e riscos dos usuários e, assim, definindo o tratamento ou encaminhamento mais correto. Em geral os CAPS operam da forma descrita na Figura 28.

Figura 28. Fluxo do acolhimento do usuário nos CAPS. Pelotas, RS, 2007.



Destaca-se que os usuários dependem da atuação do médico psiquiatra para que seu ingresso no serviço se efetive. De modo semelhante, os técnicos têm sua atuação limitada até que a avaliação e medicação sejam concretizadas. Portanto, torna-se uma figura de grande poder social no serviço, com privilégios de ter um horário de trabalho reduzido, de ter menores enfrentamentos - consequência do pouco convívio com a equipe e porque sua saída do serviço iria bloquear mais as atuações dos técnicos. Neste sentido, a visão e valorização clínica (médica) do sofrimento psíquico têm se mantido. Nos dias e horários que os médicos atendem há uma frequência alta ao serviço. Foi presenciada muitas vezes a troca de informações entre usuários sobre seus medicamentos - um mostrando e caracterizando para o outro qual o medicamento que toma, a sua dose, o valor de mercado do mesmo e caracterizavam o remédio receitado pelo companheiro. A medicalização da saúde mental se mantém forte e valorizada nos locais de tratamentos abertos, teoricamente pautados por propostas terapêuticas mais integradoras, holísticas. No entanto, não foi observado nenhum comentário com tal nível de valorização e detalhamento nas conversas que se remetiam aos grupos e as terapêuticas que estavam engajados. Ao contrário, havia comentários freqüentes e jocosos que desmereciam as atividades por se repetirem ou parecerem infantis.

Semelhante ao valor do psiquiatra, os atendimentos individuais - ou *consultas com a doutora* (psiquiatra, psicóloga) eram lembrados com seriedade e consideração - como se eles localizassem nestes momentos *o tratamento* - delatando suas expectativas e consideração mais clínica da abordagem nos CAPS.

Esta forma de pensar não se diferencia do trabalho na prática dos CAPS. Osicineiros (artes, música, educação física) são incentivadores e atuantes, mas ao ganharem intimidade com os usuários têm suas ações terapêuticas minimizadas. Essa intimidade conquista os usuários a aderirem às oficinas, mas com ela nem sempre é possível manter a investigação e adequação constante das atividades às necessidades dos

usuários. São os usuários em crise (que necessitam de uma atenção mais focada) os sujeitos das discussões nas reuniões do grupo de servidores. Somente estes têm sua terapêutica repensada, o que explica – em parte – as poucas altas.

Outras dinâmicas que influem no processo de trabalho e que não viabilizam uma boa distribuição das funções não estão contempladas no esquema acima. Uma delas é a cobrança do gestor para um número maior de acolhimento e tratamento em cada CAPS.

Diante da configuração das equipes, da estrutura e material disponível e da pressão para maior produção, os servidores demonstram uma consciência de que suas capacidades técnicas não são utilizadas por completo no processo terapêutico, pelas seguintes razões e conseqüências:

- Grande demanda e acolhimento → trabalhos em grupo → menos atendimento individual;
- Acúmulo de funções ← equipes incompletas → desânimo da equipe → faltas, atestados, brigas, desinteresse;
- Pouca capacitação dos novos contratados → sem treinamento para atuação na área de saúde mental ← monotonia terapêutica → desestímulo da equipe;
- Não incentivo à atualização dos técnicos com treinamento na área → monotonia terapêutica ← poucas altas e não adesão aos tratamentos;
- Acúmulo de empregos → horas reduzidas no local, salários baixos ← sobrecarga parte dos técnicos → desestímulo da equipe → horas reduzidas no local, salários baixos, desarmonia entre colegas → mais sobrecarga → menor capacidade de atendimento ← menor adesão dos usuários;
- Falta de material terapêutico (oficinas) → monotonia terapêutica ← menor adesão dos usuários e poucas altas.

A Reforma psiquiátrica na prática

Para que o serviço de saúde mental seja diferenciado dos hospitais e asilos ele precisa que as relações dos portadores de sofrimento psíquico com a comunidade ultrapassem a instituição. Essa atitude depende de uma série de fatores, muitos dos quais já foram citados anteriormente (como, por exemplo, o apoio do gestor). No entanto, mesmo que sob ótimas condições de trabalho, a posição dos técnicos frente à proposta da Reforma é fundamental para a efetivação do CAPS enquanto serviço substitutivo.

Perante as observações e os depoimentos o que se observou foi uma divisão dos servidores dos CAPS em três grupos:

- 1) os que participaram da implementação do serviço no município e lutam para que a Reforma ocorra na sua integralidade – defendem posições que nem sempre são colocadas em práticas por eles. Neste grupo estão os mais inflexíveis, conhecidos como “muito discurso e pouca prática”. Igualmente há aqueles que, por terem participado da implantação do serviço, exigem do gestor uma admiração e empenho pela causa. É o grupo que tem menor número de servidores, porém são pessoas que têm grande influência na opinião dos demais;
- 2) os que defendem a Reforma, mas entendem que o cotidiano impõe adequações que talvez possam descaracterizá-la (como internações mais frequentes, comprometimento parcial com o usuário e não acolhimento em situações de estresse da equipe ou de falta de material no serviço). Esta posição os diferencia do grupo anterior provocando cisões teóricas entre servidores dos CAPS ou desentendimentos que inviabilizam o trabalho de rede de saúde mental;
- 3) os que desconhecem (ou conhecem parcialmente) as propostas teóricas e as implicações práticas da Reforma e estão dispostos a trabalhar sem adquirir mais conhecimento e sem querer debater com colegas mais experientes, pois estes os vêem como desarticuladores da idéia CAPS. São geralmente os mais jovens em tempo de serviço, sem

experiência anterior em atendimento em saúde mental ou que estão no serviço há tempos executando funções mais administrativas.

Evidentemente que nestes três grupos há um grau de comprometimento distinto com os usuários que afeta não só o envolvimento terapêutico com os mesmos, mas também o sentimento de equipe multidisciplinar em cada serviço.

Em relação ao grau de comprometimento pode-se pontuar que os servidores caracterizados no primeiro grupo têm teoricamente um aporte interessante e rico, porém seus trabalhos podem ser caracterizados em duas situações:

- a) Técnicos mais contestadores que pouco se adaptam às situações diárias. Certa rigidez é comum a eles e é explicada pelo 'apego' às concepções históricas, legais e administrativas da Reforma que não são ou podem ser colocadas em prática pelo contexto local. Este perfil faz com que sejam mais contestadores e inflexíveis.
- b) Técnicos com grande conhecimento da causa e que procuram manter as atividades do CAPS evitando maiores prejuízos aos usuários. Todavia estão constantemente questionando o comportamento do gestor e instigando a sua equipe a ver o trabalho desenvolvido como algo incompleto e pouco valorizado. Mesmo que tenham suas razões, suas idéias provocam desestímulo no grupo. Estes têm o trabalho no CAPS como o principal de suas carreiras ("vestem e defendem a camiseta").

Os técnicos do segundo grupo tendem a lidar com as adversidades do serviço, pela falta de estrutura e material, de modo menos emocional, com expectativas consideradas realistas do seu trabalho e do serviço, e da comunidade ("o que eu posso fazer se o paciente não tem comida na sua casa?"; "o meu trabalho eu faço, ele vem aqui e eu atendo, mas não tenho responsabilidade fora daqui"). Deste modo, as desavenças com o gestor são reduzidas e o seu trabalho se mantém com certa constância em diferentes períodos ou

situações. Assim sendo, evitam envolvimento com outros servidores que não possuem a mesma visão, o que causa certo distanciamento dos colegas e, não contrariamente, ganham respeito. Porém, são estes servidores que também mantêm outros trabalhos fora do CAPS e com horários reduzidos em muitos dias da semana.

O terceiro grupo, composto pelos mais jovens no serviço, apontou problemas de integração com os outros técnicos, em razão da exclusão e diferenciação sentida pelos mesmos: 1) conhecimento da Reforma e 2) necessidade de integração neste âmbito com os colegas. Este é um grupo que, por ter uma conduta não comprometida historicamente com a causa, mas com as tarefas que entendem que devem desempenhar, percebem muitas dinâmicas negativas e viciadas entre os colegas mais antigos nos locais. Sendo assim, possuem uma visão crítica e parcial de como o trabalho no local deve funcionar e de que sua posição deve ser a mais neutra possível, pois do contrário seriam criados desentendimentos na equipe. Logo, se tornam mais isolados e críticos dos comportamentos existentes há anos no grupo, desarticulando-o enquanto 'grupo' local. Decorre disso a manutenção das críticas dos colegas sobre suas posições supostamente neutras frente ao desejo de que a luta anti-manicomial tenha sucesso. Essa luta está identificada, para os colegas, nas alianças grupais e nas idéias que o *grupo* (ou cada grupo) do mesmo local entende como politicamente correto para a viabilização qualificada dos CAPS no sistema de saúde.

Ainda em relação à descrição sintética dos três grupos de servidores faz-se necessário discorrer sobre como o sentimento de equipe se cria ou se desfaz conforme as situações são vivenciadas. As observações, conversas e entrevistas demonstraram que é principalmente em situações limites, por exemplo: no embate com o gestor, que a "equipe" de cada CAPS ou dos CAPS de Pelotas tende a se ver como um grupo único composto por pessoas que fazem o serviço acontecer em situações adversas. No dia-a-dia, as várias "equipes" atuam no mesmo CAPS, mantendo uma situação de descontentamento

com os colegas e com o gestor. Isto pode ser percebido, entre outros, nas assembleias, nas reuniões no serviço, nas conversas na cozinha, nos corredores. São momentos em que os descontentamentos com os colegas e com a política de saúde mental municipal são demonstrados através de faltas, evitação / isolamento, atestados, rixas e fofocas.

As diferenças entre equipe(s) nem sempre são trabalhadas no grupo. Ter uma postura mais isolada (tipo: *eu trabalho assim*) mantém os profissionais nos CAPS nunca como uma equipe de trabalho afinada, com o propósito de que as terapêuticas tenham maior integração (planejamento das seqüências de atividades terapêuticas individuais, grupais e de interação social). Apesar da ou pela desarticulação, há um constante questionamento dos servidores sobre se os CAPS serão mesmo substitutivos dos manicômios ou são apenas uma forma de driblar a lei através da criação de unidades (ainda medicalizadoras) de saúde mental paralelas ao SUS. *Paralelas*, porque não há uma rede formada ou cobertura dada aos CAPS pelas UBS e os hospitais locais – nem mesmo há uma rede de ajuda entre os CAPS. Logo, a pergunta sobre qual é a diretriz política do gestor para a saúde mental se transforma no mais evidente aspecto da ‘crise’ local.

Para finalizar, cabe destacar que a constante queixa do gestor não explica a ausência da concepção de trabalho territorial. Não foram mencionados e observados trabalhos com associações de bairro, instituições e comércios das comunidades abrangidas pelos CAPS. Não foram localizadas, durante o período de trabalho de campo, parcerias com outros serviços públicos, privados e sociais. A responsabilidade sobre a não realização de outras atividades e da inovação terapêutica (criatividade) recai unicamente no gestor enquanto o provedor de todos os recursos materiais necessários para o trabalho de reintegração social dos portadores de sofrimento psíquico. Além disto, o trabalho com os familiares teve pouco destaque nas falas dos profissionais. Muitos familiares não são absorvidos como um bloco importante para a reinserção social dos seus parentes. Talvez, em parte, podem

considerar os CAPS como manicômios com regime semi-aberto e porque o trabalho com eles respeita uma dinâmica medicalizante (com dias fixos de reunião terapêutica, dias de grupo, dias de palestra sobre sintomas e manejo de doentes).

4.5 Estrutura dos serviços

A análise da estrutura dos serviços baseou-se na legislação pertinente que orienta a elaboração de projetos para o cadastramento dos CAPS no Ministério da Saúde: RCD nº 50/2002, Portaria/GM/MS Nº 336/2002 e a NBR 9050/2004.

A resolução RDC Nº 50/02 dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. A NBR 9050/2004 estabelece critérios e parâmetros técnicos a serem observados quando do projeto, construção, instalação e adaptação de edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos às condições de acessibilidade. Esta Norma visa proporcionar à maior quantidade possível de pessoas, independentemente de idade, estatura ou limitação de mobilidade ou percepção, a utilização de maneira autônoma e segura do ambiente, edificações, mobiliário, equipamentos urbanos e elementos. Todos os espaços, edificações, mobiliários e equipamentos urbanos que vierem a ser projetados, construídos, montados ou implantados, bem como as reformas e ampliações de edificações e equipamentos urbanos, devem atender ao disposto nesta Norma para serem considerados acessíveis.

A Portaria/GM/MS Nº 336/02 estabelece que os CAPS só poderão funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar, porém poderão localizar-se dentro dos limites da área física de uma unidade hospitalar geral, ou dentro do conjunto arquitetônico de instituições universitárias de saúde, desde que independentes de sua estrutura física, com acesso privativo e equipe

profissional própria. Define também as modalidades de serviços e a capacidade operacional para atendimento de acordo com o porte populacional dos municípios, as atividades a serem desenvolvidas e o horário de atendimento dos serviços.

Com relação às características dos imóveis, foi investigado se o prédio era próprio ou alugado, o tempo de funcionamento, as condições físicas do acesso ao prédio, segurança, pintura e conservação externa, abastecimento de água, destino do lixo e condições da área externa. Os ambientes internos foram descritos através da observação das condições do piso, paredes, teto, iluminação e ventilação, o uso destinado, os profissionais que utilizavam o local e o número de usuários, os equipamentos existentes – condições, suficiência, adequação e potencial risco de acidentes. Também foram avaliadas as plantas baixas dos prédios, disponibilizadas pela SMS. Foi realizado teste piloto do instrumento e os dados foram coletados durante o mês de março de 2007 por supervisoras de campo, devidamente capacitadas.

Os Quadros 4 e 5 especificam a área física em termos de ambientes necessários, a quantificação e o dimensionamento (m²). Os parâmetros apresentados foram fornecidos pela 3ª Coordenadoria Regional de Saúde / RS, e também estão disponibilizados no documento que orienta a implantação de CAPS e de unidades de residências terapêuticas da Secretaria Estadual do Paraná.

Quadro 4. Características da área física e sua utilização nos CAPS. Pelotas, RS, 2007.

UNIDADE/ AMBIENTE	Parâmetros		E		A		B		F		D		C		G	
	N	Dimensão referência (min.).	N	Dimensão	N	Dimensão	N	Dimensão	N	Dimensão	N	Dimensão	N	Dimensão	N	Dimensão
Sala de espera para pacientes e acompanhantes	1	(1,2 m ² por pessoa)	1	12 m ² 0,8 m ² por pessoa	1	14,3 m ² 2,9 m ² por pessoa	2	12,8 m ²	1	18 m ²	1	26,2 m ² 2,6 m ² por pessoa	1	36 m ² 1,8 m ² por pessoa	2	12 m ² 2,4 m ² por pessoa
Área para registro de pacientes (com arquivo)	1	5 m ²	1	6 m ² 2 m ² por pessoa	1	18 m ² 4,5 m ² por pessoa	2	1,2 m ² por pessoa	1	2 m ² por pessoa	1	20 m ² 5 m ² por pessoa	1	1,8 m ² por pessoa	2	28 m ² 2,8 m ² por pessoa
Sala de atendimento em grupo/ Sala de atendimento à família/ Sala de reuniões*	1	(1,2 m ² por pessoa) -máx. para 15 pessoas	1	16 m ² 1 m ² por pessoa	1	As mesmas utilizadas para atendimento individual	1	18 m ² 1,2 m ² por pessoa	1	20 m ² 2 m ² por pessoa	1	22 m ² 1 m ² por pessoa	1	32 m ² 1 m ² por pessoa	1	3 m ² por pessoa*
Sala de atendimento individual	Definido pela demanda	9 m ²	3	1 = 8,75m ² 2 e 3 = NE	4	1=12,3 m ² 2 = 8 m ² 3 e 4 = NE	3	NE	2	Sala 1 = 18 m ² * Sala 2 = 10 m ²	1	15 m ² *	1	12 m ²	2	Sala 1 = 27 m ² * Sala 2 = 32 m ² *
Área para atendimento em oficinas	1	A depender das atividades desenvolvidas	3	1 = 48 m ² 2 =16 m ² * 3 = NO	3	1 = 32 m ² 2=16 m ² 3=9 m ²	2	1 = 14 m ² * 2 = 20 m ² *	2	1 = 30 m ² ; 2 = 25 m ² *	2	1 = 22 m ² * 2 = 24 m ²			1	42m ² *
Sala de Enfermagem	NN	NN	1	9 m ²	1	9 m ²	1	9 m ² *	1	9 m ²	1	16 m ²	0	NO/NE	1	16 m ²
Quarto para repouso e/ou observação (opcional)	1	(10 m ² por leito)	0	NO/NE	0	NO/NE	0	NO/NE	0	NO/NE	0	NO/NE	0	NO/NE	0	NO/NE
Sala administrativa	1	(5,5 m ² por pessoa)	0	NO/NE	0	NO/NE	0	NO/NE	0	NO/NE	0	NO/NE	0	NO/NE	0	NO/NE
Sala de estar/ multiuso	1	(1,5 m ² por pessoa)	0	NO/NE	0	NO/NE	1	7,5 m ² Usada para desintoxicação, na área externa do CAPS	0	NO/NE	1	Dimensão NE Sala de TV, com cadeiras, colchonetes para dormir *	0	NO/NE	0	NO/NE

* Espaços utilizados para outras atividades; NO = Não observado; NE = Não especificado; NN = Não normatizado

Quadro 5. Características da área física e sua utilização nos CAPS. Pelotas, RS, 2007 (cont.).

UNIDADE AMBIENTE	Parâmetros		E		A		B		F		D		C		G	
	N	Dimensão referênci (mín.).	N	Dimensão	N	Dimensão	N	Dimensão	N	Dimensão	N	Dimensão	N	Dimensão	N	Dimensão
Sanitários para pacientes * ² (1 para cada sexo)	2	3,2 m ² dim. mín.: 1,7m	4	1 = 2 m ² 2= 3 m ² - exclusivo usuários	2	1 = 16 m ² * 2= NE	3	1 = 2,5 m ² 2 = 2,2 m ² 3 = NO	2	1 = 2,5 m ² - Masc 2 = 2,5 m ² - Fem	1	10 m ²	1	4 m ²	2	1 = 3 m ² 2= 3 m ²
Sanitário para funcionários (1 para cada sexo)	2	3,2 m ² dim. mín.: 1,7m		3=3,7 m ² 4 = 4,5 m ²	1	NO	2	1 = 5 m ² 2= NO	1	1,5 m ²	1	16 m ²	1	8 m ²	3	1 = 2 m ² 2 = 4 m ² 3 = NE
Área de serviço (DML/ lavagem de roupas)	1	10 m ²	0	NO	0	NO	1	6 m ²	0	NO	0	NO	0	NO	1	4 m ²
Copa / Cozinha* ³	1	8 m ²	1	12 m ²	1	20 m ²	0	Não tem	1	20 m ²	2	14 m ²	1	12 m ²	1	15 m ²
Refeitório	1	(1 m ² por comensal)	1	12 m ²			1	6,5 m ²			1	28 m ²	1	18 m ² *		
Área externa para deambulação			1	Dimensão NE Tem piscina, pátio não é utilizado.	1	66 m ² Oficina "Mexendo com a terra"	1	42 m ² Usado para educação física 2x/semana. Tem piscina.	1	35 m ² Usado para educação física	1	Horta mantida por 2 ou 3 usuários		NE/NO	1	106 m ² Usado para educação física. Tem piscina.

*Espaços utilizados para outras atividades; NO = Não observado; NE = Não especificado; NN = Não normatizado

Aspectos gerais da estrutura física

Todos os serviços funcionam em prédios alugados e, no período de coleta de dados, o CAPS Castelo havia sido transferido suas atividades devido há problemas estruturais no prédio próprio da prefeitura (Castelo Simões Lopes). A seguir são descritos alguns aspectos gerais dos serviços.

Destino do Lixo: A reciclagem não é uma prática usual nos serviços. Há separação do lixo doméstico e do lixo "hospitalar". Na maioria dos serviços o material perfuro-cortante era acondicionado de modo adequado, mas um dos serviços referiu acondicioná-las em "caixa de leite" e, em outro, não eram realizados procedimentos de enfermagem, quando necessário os usuários eram encaminhados à UBS. O material com risco biológico era recolhido por uma empresa especializada, não havendo consenso sobre a periodicidade.

Abastecimento de água: Todos os prédios são abastecidos com água do SANEP, mas em alguns serviços há problema de falta de água. A maioria dos serviços tem caixa d' água, porém não é consumida para beber devido a falta de limpeza. A prefeitura fornece água mineral para o consumo, mas muitas vezes falta.

Pintura/ conservação externa: na maioria dos prédios a pintura da fachada está desgastada ou suja, sem conservação, exceção no CAPS B. O aspecto externo é o de falta de cuidado com o patrimônio, inclusive com problemas de identificação dos prédios, o que dificulta a localização dos mesmos.

Segurança do prédio: Cada um dos CAPS possui um sistema diferente de vigilância. Em três serviços tem sistema de alarme, mas em um deles foi desativado por falta de pagamento. A presença de guarda não é efetiva, em um dos serviços ele permanece durante a noite e em outro durante o período de funcionamento. De modo geral os prédios são vulneráveis.

Acesso desde a rua: Em todos os prédios existem degraus ou escada para o acesso, não tem corrimão nas escadas e nem rampa,

dificultando o acesso de pessoas portadoras de deficiência física.

Escadas internas: Não atendem à legislação e apresentam riscos, como por exemplo, escada em curva com tamanho diferenciado na largura do degrau, neste caso, apesar de ter corrimão há risco de acidente. A maioria dos serviços (5) tem escadas sem corrimão e demarcação dos degraus.

Descrição dos Ambientes

1. **Área Externa:** existente em todos os serviços este espaço é descuidado, sub-utilizado, servindo para o acúmulo de lixo (móveis velhos e estragados). Há riscos para acidentes, como por exemplo, a existência de piscinas sem isolamento e com falta de tratamento, servindo para proliferação de larvas de insetos, terreno irregular com buracos e/ou piso com defeito. O ponto positivo é a utilização deste espaço para as atividades com os profissionais de educação física e a organização de horta com o trabalho de usuários (CAPS A e D).
2. **Recepção e Sala de Espera:** Em quatro serviços estes ambientes dividem o mesmo espaço. De modo geral, as peças são bem ventiladas, iluminadas (exceção dos CAPS A e B) e as dimensões estão de acordo com os parâmetros oficiais. Nos dias de grupo e em alguns horários os ambientes apresentam superlotação, devido a realização dos procedimentos burocráticos para o preenchimentos das fichas de atendimento. Na recepção ficam os prontuários dos usuários, havendo a circulação de funcionários, usuários e familiares. O telefone fica na recepção o que limita a privacidade na resolução de problemas administrativos e um dos CAPS estava com o telefone cortado por falta de pagamento. O trabalho não é informatizado, um dos serviços tinha computador e impressora, mas estava estragado.
3. **Banheiros:** não atendem à legislação dos serviços de saúde. Em nenhum serviço há disponibilidade de banheiro para portadores de deficiência. Também não há distinção do uso de acordo com o sexo,

nem para os usuários nem para os profissionais. Problemas na manutenção e na higienização inviabilizam a utilização da totalidade dos banheiros disponíveis nos serviços. Um dos banheiros dos usuários apresentava vidros quebrados nas janelas, colocando em risco a segurança. Outro risco apontado foi o fato do chuveiro (alguns usuários tomam banho) ficar dentro da banheira, com risco aumentado para quedas.

4. **Cozinha/Refeitório:** a maioria dos serviços apresenta boas condições de higienização do ambiente, conservação e armazenagem de alimentos. São espaços com bastante circulação de pessoas, em alguns serviços o acesso ao pátio se dá através da cozinha. O número de refeições difere entre os serviços, em todos é ofertado um lanche por turno. Não há uma padronização quanto à oferta de almoço, que pode não ser servido, ser ofertado diariamente ou apenas duas vezes na semana. O trabalho é feito pelas merendeiras com o auxílio dos funcionários da limpeza. Em um dos serviços a cozinheira estava doente e não havia sido substituída, portanto, não estavam servindo alimentação. Além do preparo e consumo de alimentos, servem para outras atividades, como por exemplo, preenchimento de prontuários pelos profissionais e, no caso dos refeitórios, servem também para reuniões de grupo ou oficinas. No CAPS B não tem cozinha, o que não impede a distribuição de lanche duas vezes ao dia.
5. **Sala de atendimento individual e/ou atividades em grupo:** as salas são utilizadas por todos os profissionais, servem tanto para atividades individuais como para a realização de grupos de usuários ou familiares. No caso de atividade em grupo fica sub-dimensionada. Na totalidade dos serviços não há isolamento acústico das salas, em algumas situações, é possível escutar as conversas através das divisórias e também através das janelas que estão voltadas para o pátio interno. Entre os problemas foi possível verificar a existência de aparelho de ar condicionado que não funciona, rachadura em parede, acesso a sacadas que não possuem proteção, paredes úmidas, reboco

esfarelando, piso com parquet solto ou carpete (forração) manchado com dificuldade para a limpeza, já tendo inclusive reclamações quanto a existência de pulgas nos carpetes.

6. **Sala de Enfermagem:** O espaço destinado para os cuidados de enfermagem apresenta problemas estruturais condizentes com as inadequações da área física, como por exemplo, a inexistência de pia (F), piso com carpete (B e E), iluminação deficiente (A) e fios elétricos expostos (G). No caso de haver medicação elas estão acondicionadas em armários com chave. Os móveis, de modo geral, estão adequados, mas com problemas de início de ferrugem junto ao piso. Todos os serviços possuem auxiliares e/ou técnicos de enfermagem.
7. **Espaço para Oficinas:** também utilizado para grupos, reuniões ou assembléias. Os ambientes, de modo geral, possuem tamanho adequado para o número de usuários. Os armários com material para as oficinas ficam fechados à chave. Foi observado a existência de fios elétricos expostos (CAPS G) e iluminação inadequada apesar das luminárias (CAPS A e B) e tapetes (pedaços de forração) que escorregam (CAPS G). A sala para as atividades de marcenaria no CAPS D é subutilizada por falta de técnico para orientar o trabalho dos usuários.

4.6 Revisão de Prontuários

Neste item se destaca a grande proporção de prontuários sem informações consideradas importantes, como por exemplo, o plano terapêutico individual (PTI) atualizado, a ficha de medicação atualizada, a identificação do técnico de referência e a modalidade de atendimento por ocasião do ingresso do paciente no serviço (Figuras 29 e 30). Além disso, em 63% dos prontuários havia informações ilegíveis.

A Tabela 22 apresenta a distribuição de outras informações extraídas dos prontuários.

Tabela 22. Informações disponíveis nos prontuários. Pelotas, RS, 2007.

VARIÁVEL	n	%
Atendimentos antes do CAPS		
Não	625	55%
Sim	468	40%
Ignorado	38	5%
Veio encaminhado de:		
Unidade Básica de Saúde	392	35%
Hospital Psiquiátrico	243	22%
Outro	223	20%
Ignorado	273	23%
Sinais e sintomas		
Não	160	14%
Sim	971	86%
História familiar		
Não	473	42%
Sim	658	58%
Uso de medicação		
Não	92	8%
Sim	1039	92%
Avaliação de funções psíquicas		
Não	723	64%
Sim	408	36%
Perfil socioeconômico		
Não	935	83%
Sim	196	17%
Situações de risco		
Não	715	63%
Sim	416	37%
Intercorrências		
Não	746	66%
Sim	385	34%
Visitas domiciliares		
Não	978	87%
Sim	153	13%
Total	1131	100%

Figura 29. Informações existentes nos prontuários dos usuários dos CAPS. Pelotas, RS, 2007.

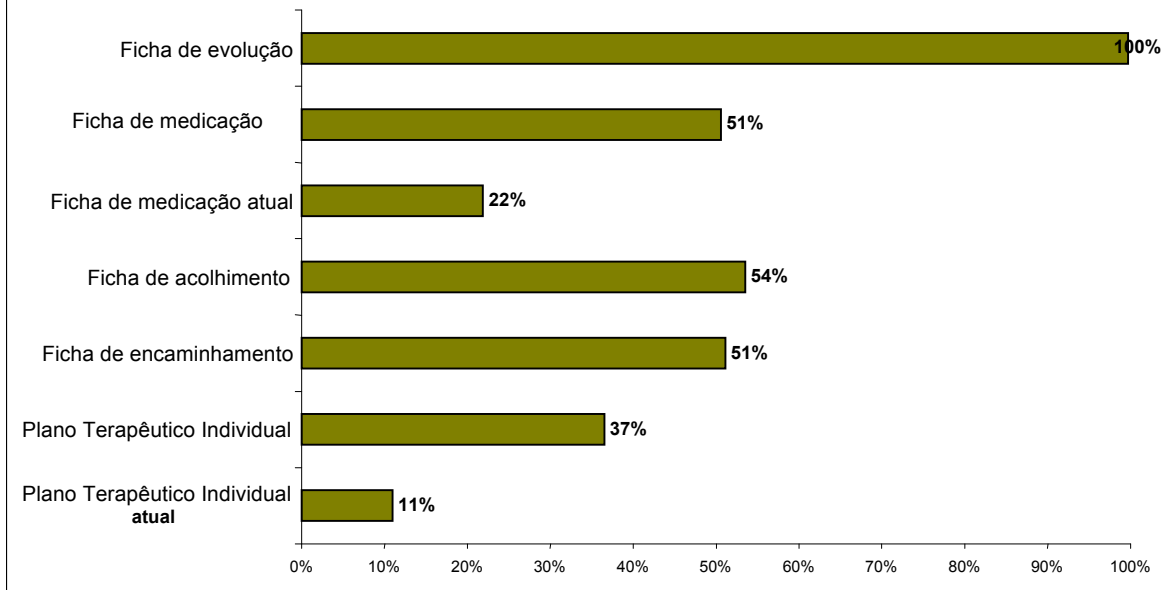
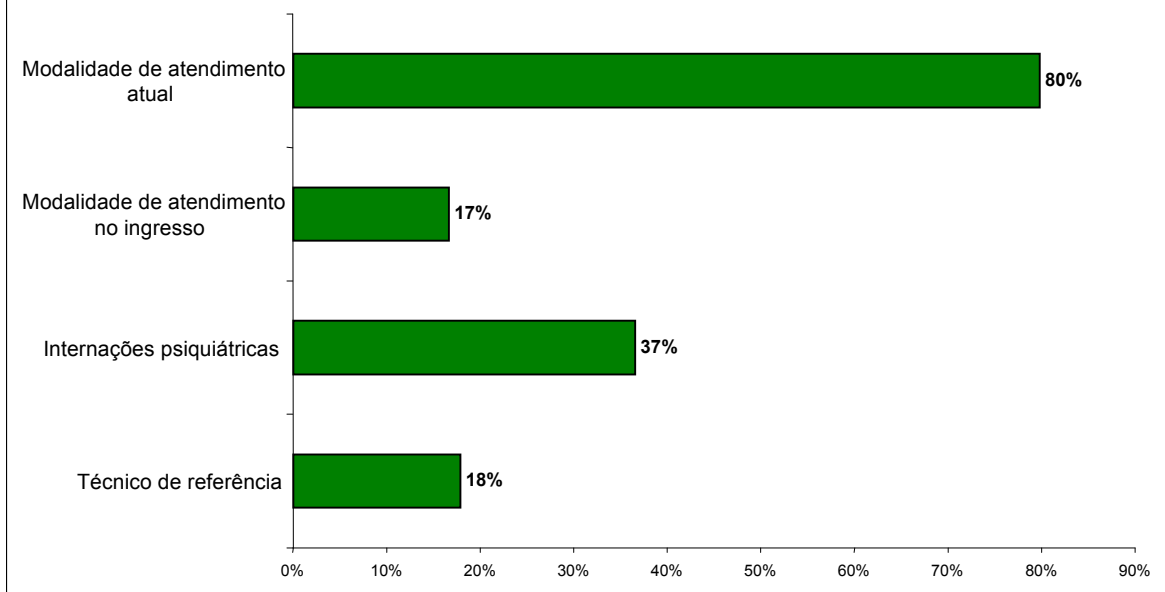


Figura 30. Informações existentes nos prontuários dos usuários dos CAPS. Pelotas, RS, 2007 (cont.).



4.7 Internações psiquiátricas SIH/SUS (2001-2006)

Foram identificadas 17.781 internações em seis anos, das quais 10.847 (61%) foram de residentes em Pelotas.

O ano de 2002 marcou uma importante mudança na taxa de internação, pois, ao final de 2001, um dos dois hospitais psiquiátricos do município deixou de atender pacientes do SUS, tendo encerrado suas atividades no ano seguinte. Com exceção de 2003, nos demais períodos o número absoluto e as taxas (por 100.000 habitantes) vêm sem mantendo constantes. O que tem aumentado significativamente é a proporção de internações de residentes em Pelotas, que representaram metade de todas as internações em 2001 e em 2006 representaram mais de 70% (Tabela 23 e Figura 31). Uma possível explicação é que, ao reduzir o número de leitos SUS, a prioridade nas internações tem sido dada a residentes no município.

Analisando-se as internações de acordo com os grupos diagnósticos, destaca-se a persistência dos transtornos decorrentes do abuso de álcool e de drogas e a esquizofrenia como os mais frequentes em todo o período. Entre os anos de 2004 e 2006 houve uma redução das internações cuja causa principal foram os transtornos esquizofrênicos (Figura 32).

Tabela 23. Evolução da taxas de internação psiquiátrica. Pelotas, RS, 2001 a 2006.

ANO	NÚMERO de INTERNAÇÕES (Totais)	NÚMERO de INTERNAÇÕES (Pelotas)	% PELOTAS	POPULAÇÃO PELOTAS (Habitantes)	TAXA PELOTAS (POR 100.000 Habitantes)
2001	4943	2604	52,68	324.752	801.84
2002	3203	1767	55,17	327.953	538.80
2003	2373	1446	60,94	331.373	436.37
2004	2458	1699	69,12	334.779	507.50
2005	2425	1629	67,18	342.513	475.60
2006	2379	1702	71,54	346.454	491.26

Figura 31. Taxa de internação psiquiátrica (p/100.000 hab). Pelotas, RS, 2001-2006.

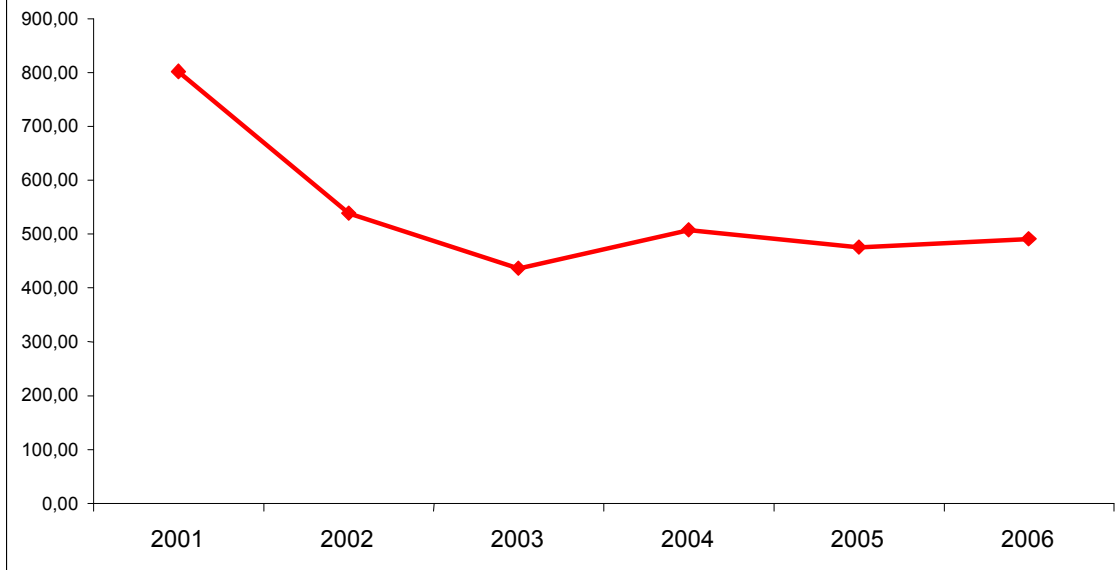
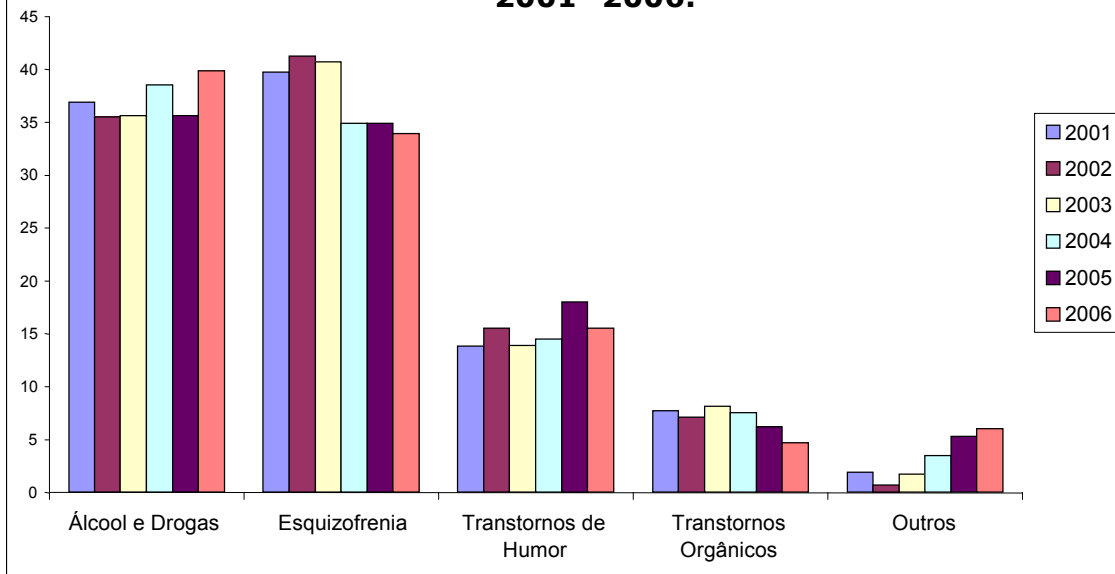


Figura 32. Distribuição proporcional das internações psiquiátricas por grupos de causas. Pelotas, RS, 2001- 2006.



4.8 Revisão sistemática da literatura

Conforme os critérios descritos na seção de Metodologia, o processo de seleção dos artigos foi feito em duas etapas e por dois distintos revisores. O primeiro descartou os artigos que claramente não se enquadravam nos critérios priorizados, e no caso de dúvida o artigo não era retirado para que o segundo revisor fizesse a análise mais minuciosa. A Figura 33 mostra o resultado deste processo.

Figura 33. Representação do processo de seleção dos artigos relevantes para a revisão de literatura. Pelotas, RS, 2007.



Foram reunidas 590 referências, sendo que de 447 com seus respectivos artigos na íntegra. Todas as publicações foram classificadas segundo o conteúdo, em 10 categorias: atenção básica e saúde mental (n=79), avaliação e métodos (n=22), escalas e demais instrumentos (n=61), familiares (n=31), normas, diretrizes e legislação (n=22), reforma psiquiátrica e dados históricos (n=64), serviços de saúde mental (n=97), sistemas nacionais de serviços saúde mental (n=76), trabalhadores em serviços de saúde mental (n=74), usuários (n=64).

Análises bibliométricas

A bibliometria é uma parte de um ramo da sociologia da ciência denominado *cienciometria*. Através de métodos matemáticos e estatísticos, os estudos bibliométricos utilizam elementos da literatura científica, tais como a lista de autores, para verificar padrões de colaboração (Arroyo-Alonso, 2005; Glänzel, 2002; Lee, 2005; Newman, 2002; 2004) agradecimentos para estudar os reconhecimentos financeiros envolvidos no processo de produção científica (Roa Celis, 2002), descritores para identificar temas estudados (Licea de Arenas, 2002; Macías-Chapula, 2000; Queiroz, 2004), freqüências em bases internacionais de instituições ou países para estudar fator de impacto (Coimbra Jr, 1999; Elkis, 1999; Ospina, 2005), lista de referências para estudar as principais fontes de consulta (Frias, 1998; Lima, 1984; Noronha, 1998).

Neste trabalho as análises bibliométricas foram realizadas a partir do banco de dados de referências das publicações consideradas relevantes. Identificaram-se assim os principais autores que abordam os temas em questão e as instituições as quais eles têm vínculo, assim como os periódicos que mais se destacaram por apresentarem um número maior de artigos no banco de dados.

Das 590 publicações reunidas, 563 (95%) são artigos de periódico, e 27 (5%) estão distribuídas entre teses e dissertações, livros, capítulos de livro, normas, portarias, e outros documentos institucionais. Um total de 1.458 autores e co-autores fazem parte do banco de dados, sendo que 17 são instituições como a Organização Mundial e Pan-Americana de Saúde, Ministério da Saúde do Brasil, Conselho Nacional de Saúde e Secretarias e Coordenações a elas subordinadas.

Não há um autor que tenha se destacado, ou seja, que tenha apresentado uma freqüência significativa, pois mais da metade das publicações (51%) estão distribuídas entre 569 (39%) diferentes autores. Os três autores que apresentaram as maiores freqüências aparecem em

menos de 2% das publicações. A autoria institucional, através do Ministério da Saúde foi a mais freqüente (0,6%). Os autores individuais que obtiveram as maiores freqüências (0,5%) foram Marina Bandeira do Laboratório de Pesquisa em Saúde Mental da Universidade Federal de São João del Rei (MG – Brasil) e Sonia Johnson do *Department of Psychiatry and Behavioral Sciences da University College London*.

No que diz respeito aos periódicos, os 563 artigos estão distribuídos em 187 diferentes títulos sendo que 31 são brasileiros e 532 são estrangeiros. Mais da metade dos artigos (50,5%) está distribuído em 23 sendo seis brasileiros. O periódico que obteve a maior freqüência (4,8%) foi a *Acta Psychiatrica Scandinavica* atualmente publicado pela editora *Blackwell Publishing* de Oxford (UK). O brasileiro mais freqüente (1,9%) foi o Cadernos de Saúde Pública publicado pela Escola Nacional de Saúde Pública no Rio de Janeiro.

O primeiro foco destas análises recai em trabalhos sobre indicadores de qualidade dos serviços de saúde mental. Os estudos apontam à falta de consenso na escolha de indicadores, o que torna relevante o esforço neste sentido e, principalmente, na construção de indicadores para serviços públicos de saúde mental. Muitos estudos concluem que há uma grande variação no fornecimento de serviços, portanto, estas variações devem ser observadas nas interpretações, avaliações e intervenções. Foram poucos os estudos encontrados sobre propostas concretas para melhoria dos serviços.

5. CONCLUSÕES

Os resultados aqui apresentados permitiram caracterizar os cenários, as características da gestão e dos sujeitos envolvidos na atenção psicossocial prestada pelos CAPS em Pelotas. Em função da consolidação destes serviços substitutivos em todo o Brasil, acredita-se que este estudo possa contribuir de forma importante para sua qualificação e para o alcance de seus objetivos.

O delineamento de coorte adotado foi fundamental para entender a evolução do cuidado e o efeito da estratégia CAPS no prognóstico dos usuários dos serviços. Apesar do estudo ser restrito a um município, acredita-se que seus achados possam ser aplicados a outros de porte e situação similar.

Em que pese a abrangência dos objetivos propostos, a equipe teve condições de alcançá-los em sua totalidade. O estrito cumprimento do cronograma foi um dos pontos positivos desta pesquisa. Outro destaque deve ser dado à participação dos colegas da Universidade Federal de Pelotas, essencial ao bom andamento do estudo, tendo suas contribuições caracterizado um produtivo trabalho em parceria institucional.

A recuperação da história da atenção psicossocial no município e sua contextualização no cenário nacional conformam um “pano de fundo” sobre o qual os resultados podem ser melhor interpretados, sobretudo os referentes aos profissionais e ao processo de trabalho nos CAPS.

Conhecer o perfil dos usuários e sua percepção sobre os serviços deve possibilitar às equipes uma readequação de práticas clínicas, terapêuticas e de apoio. Também foi possível verificar um envolvimento intenso dos familiares com os usuários e uma sobrecarga emocional importante derivada deste cuidado, com uma alta proporção de pessoas igualmente em sofrimento psíquico. O dado é ainda mais preocupante frente à constatação da baixa participação destes familiares junto ao CAPS. A estes familiares devem ser direcionados programas específicos que lhes apoiem na tarefa de cuidar, compartilhada com os serviços.

A baixa qualidade dos dados dos prontuários motivou a implantação de um sistema de registro eletrônico em todos os CAPS. Com recursos do projeto, cada um dos sete CAPS do município está recebendo um microcomputador. Para agilizar o sistema de registro, até agora realizado de forma manual, o estudo contratou o desenvolvimento de um aplicativo que, além de permitir o registro eletrônico dos prontuários, possibilitará a emissão da APAC (Autorização de Procedimento de Alta Complexidade), documento utilizado para fins de faturamento dos atendimentos junto ao SUS. Os profissionais serão capacitados no uso do aplicativo e a coordenação do estudo acompanhará a produção de informações, as quais terão grande utilidade para o Programa de Saúde Mental da SMS em suas tarefas de planejamento e avaliação.

O perfil dos trabalhadores igualmente permitirá o apoio a este componente vital para os cuidados psicossociais, uma vez que puderam ser identificadas áreas carentes de um maior incentivo na política de recursos humanos. A precarização dos vínculos, a pouca capacitação, a falta de supervisão e o adoecimento vinculado às condições de trabalho são alguns aspectos que podem ser melhorados.

A contribuição do estudo qualitativo deve ser particularmente objeto de reflexão pelas equipes na busca de maior efetividade em suas ações profissionais, uma vez que foram detectadas necessidades: de formar uma rede atuante de profissionais dos CAPS em prol do trabalho de reinserção social, com a participação da comunidade; de estabelecer possibilidades (também criativas) de trabalho com os usuários e familiares de acordo com as possibilidades de técnicos; de ter apoio do gestor e da coordenação municipal para o desenvolvimento de atividades sociais para a reinserção social dos usuários; de formar redes com as UBS e entre CAPS com metas a serem cumpridas em favor da saúde mental; e de trabalhar as equipes enquanto *equipes*, comprometidas com a saúde dos usuários e suas famílias e menos com suas posições apenas ideológicas para a efetivação de um sistema não medicalizante e manicomial.

A revisão de literatura está permitindo reunir um conjunto importante de artigos e outros materiais que, uma vez analisados, poderão servir de embasamento a outros estudos e também contribuirão para conhecer o que está sendo produzido em todo o mundo sobre a temática da saúde mental, da reforma psiquiátrica e da adequação das redes de serviços públicos. Alguns pontos já puderam ser destacados: a necessidade de articulação da rede de atenção psicossocial com a atenção básica, a carência de instrumentos de avaliação e a importância de cuidar e valorizar os cuidadores, profissionais ou familiares.

Quanto à estrutura física dos CAPS, é evidente a necessidade de investimentos na construção de locais próprios e adequados, evitando desta forma a improvisação e a rotatividade dos endereços.

O projeto contou com a participação de três bolsistas de Iniciação Científica (BIC-UCPEL) de março a novembro de 2006 e uma bolsista BIC-CNPq de agosto de 2006 a fevereiro de 2007. As alunas tiveram a oportunidade de acompanhar as diversas atividades da pesquisa, desde a construção dos diferentes instrumentos, a seleção dos entrevistadores, a organização e o controle do trabalho de campo do estudo de linha de base, as tarefas do processamento dos dados e da revisão de literatura.

Em nível de pós-graduação, uma aluna do curso de Especialização em Farmácia Clínica – Farmacologia Clínica, da Escola de Farmácia e Bioquímica da UCPEL, desenvolve sua monografia com foco no perfil de prescrição e acesso aos psicofármacos por parte dos usuários dos CAPS. Seu objetivo é realizar uma análise do consumo das medicações utilizadas pelos usuários entrevistados dos CAPS, traçando uma comparação entre os medicamentos utilizados, a frequência de uso dos medicamentos e o gasto financeiro dos usuários entrevistados. Junto ao Mestrado em Saúde e Comportamento, uma mestranda conduz sua investigação sobre “Adesão ao tratamento medicamentoso dos usuários dos CAPS em Pelotas, RS, com transtornos de humor e esquizofrenia”.

Os resultados preliminares já foram apresentados em três trabalhos no XV Congresso de Iniciação Científica da UCPEL, em 2006, em dois

trabalhos no IV Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, realizado em Salvador, BA, de 13 a 18 de julho de 2007 e em seis trabalhos no XVI Congresso de Iniciação Científica da UCPEL, em 2007.

Inicialmente, estão sendo produzidos três artigos a serem submetidos a periódicos de divulgação científica de primeira linha ainda no ano de 2008. Entretanto, dada a magnitude e a qualidade das informações reunidas com o estudo, prevê-se uma produção científica ainda maior.

Integrando as atividades da Semana Acadêmica da Psicologia, no dia 30 de outubro de 2007, ocorreu a apresentação de resultados da pesquisa no Auditório Central da UCPEL. Com a presença do Prof. Dr. Paulo Amarante, pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz (RJ), oportunizou-se um intenso debate sobre a atenção psicossocial e a reforma psiquiátrica. O evento contou com autoridades do poder legislativo, com representantes da Secretaria Municipal de Saúde, da 3ª. Coordenadoria Regional de Saúde, do Conselho Municipal de Saúde, do Conselho Regional de Saúde, da Associação dos Usuários e Familiares de Usuários dos CAPS de Pelotas, além de profissionais e acadêmicos.

No dia 2 de Junho de 2007 foi realizado um Ato Público em Defesa da Luta Antimanicomial, no largo do Mercado Público, com apresentações de arte, música e dança, espaço para artesanato e palco livre para novos talentos. A equipe esteve presente divulgando o estudo através de pôster com resultados parciais.

No âmbito da gestão, foi iniciado um processo de discussão com a coordenação municipal e com as equipes nos CAPS. A convite da Coordenação do Programa de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde, participamos no dia 19 de dezembro de 2007 do Encontro Anual dos Trabalhadores da Rede Municipal de Saúde Mental. Na ocasião em que os profissionais e os gestores realizam uma avaliação do seu trabalho, a apresentação dos resultados da pesquisa foi tida como um importante subsídio. Houve um consenso de que as informações retratavam a

realidade dos serviços e dos usuários, o que suscitou uma discussão sobre vários aspectos e possibilidades de melhorias dos serviços. Destaca-se o interesse manifestado por membros das equipes em conhecer os resultados de cada serviço em particular com o objetivo de qualificar suas atividades.

O relatório final do estudo será entregue para a Coordenação de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde, para os Conselhos Municipal e Regional de Saúde, bem como para as Escolas de Medicina, Enfermagem, Psicologia e Serviço Social, de ambas as Universidades locais. Acredita-se que seu conteúdo será de grande valia na discussão da política de saúde mental no município e na qualificação da formação profissional na área da saúde.

Por fim, duas iniciativas promovidas pelo estudo devem ser destacadas. A primeira delas é uma página na Internet (www.CAPSpelotas.com.br), onde estão disponibilizados vários conteúdos de interesse, desde bibliografia sobre a temática, relatórios parciais, até os diversos instrumentos utilizados na coleta de dados da pesquisa. Também são encontradas na página as apresentações realizadas nos eventos e os resumos apresentados em Congressos até o momento.

A segunda é que outra pesquisa, focada na relação entre trabalho e saúde mental, está sendo iniciada junto aos CAPS de Pelotas com o apoio do CNPq, através do Edital nº 50/2006. Seu objetivo principal é comparar indicadores de qualidade de vida, de auto-estima, de autonomia pessoal e de evolução do plano terapêutico sob diferentes situações que relacionam terapia e trabalho: não trabalho, ocupação terapêutica e ocupação com geração de renda (trabalhos autônomos, assalariados ou associativos / solidários).

6. REFERÊNCIAS

- Andreoli S, Almeida Filho N, Coutinho ES, Mari JJ. Identificação de casos psiquiátricos em estudos epidemiológicos multifásicos: métodos, problemas e aplicabilidade. *Rev Saúde Publ.* 2000;34(5):475-83.
- Arroyo-Alonso A. Estudio cuantitativo de la colaboración científica en la Universidad Politécnica de Valencia, Espanha. *Information Research.* 2005;11(1).
- Brasil. Lei nº 10.216. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília; 2001.
- Coimbra Jr CEA. Produção científica em saúde pública e as bases de dados bibliográficas internacionais. *Cadernos de Saúde Pública.* 1999 out./dez.;15(4):883-88.
- Dias da Costa JS, Menezes AMB, Olinto MTA, Gigante DP, Macedo S, Britto MAP, et al. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. *Rev Bras Epidemiol.* 2002;5(2):164-73.
- Dias da Costa JS, Silveira MF, Gazalle FK. Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional. *Rev Saúde Publ.* 2004;32(2):284-91.
- Elkis H. Fatores de impacto de publicações psiquiátricas e produtividade científica. *Revista Brasileira de Psiquiatria.* 1999;21(4):231-36.
- Estado do Rio Grande do Sul. Lei Estadual nº 9.716. Dispõe sobre a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul. Porto Alegre; 1992.
- Ewing JA. Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. *Jama.* 1984;252(14):1905-7.
- Fleck M, Fachel O, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr.* 1999;21(1):19-28.
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* 1975;12(3):189-98.
- Frias JA, Romero Gómez P. ¿Quiénes son y qué citan los investigadores que publican en las revistas españolas de biblioteconomía y documentación. *Anales de Documentación.* 1998;1:29-53.

Galduroz JCF, Noto AR, Nappo SA. 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.

Glänzel W. Coauthorship patterns and trends in the sciences (1980-1998): a bibliometric study with implications for database indexing and search strategies. Library Trends. 2002;50(3):461-73.

Goidanich M. Saúde mental na rede pública: possibilidade de inserção psicanalítica? Psicologia: Ciência e Profissão. 2001;21(4):26-33.

Harding TW, de Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HH, Ladrado-Ignacio L, et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. Psychol Med. 1980 May;10(2):231-41.

Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics. 1977;33(1):159-74.

Lee S, Bozeman B. The impact of research collaboration on scientific productivity. Social Studies of Science. 2005;35(5):673-702.

Licea de Arenas J, Arenas M, Valles J. La píldora anticonceptiva en América Latina y el Caribe: estudio bibliométrico. Anales de Documentación. 2002;5:213-22.

Lima MS. Epidemiologia e impacto social. Rev Bras Psiquiatr. 1999;21(1):1-5.

Lima RCM. Estudo bibliométrico: análise de citações no periódico "Scientometrics". Ciência da Informação. 1984;13(1):57-66.

Macías-Chapula CA. AIDS no Haiti: a bibliometric analysis. Bull Med Libr Assoc. 2000;88(1):56-61.

Mari J, Williams P. A validity study of a Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. Br J Psychiatry. 1986;148:23-6.

Martens L, Addington J. The psychological well-being of family members of individuals with schizophrenia. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2001 Mar;36(3):128-33.

Maurin JT, Boyd CB. Burden of mental illness on the family: a critical review. Arch Psychiatr Nurs. 1990;4(2):99-107.

MS (Ministério da Saúde). Portaria nº 189/91. Brasília: MS; 1991.

- MS (Ministério da Saúde). Portaria nº 224/92. Brasília: MS; 1992.
- MS (Ministério da Saúde). Relatório final da II Conferência Nacional de Saúde. Brasília: MS; 1994.
- MS (Ministério da Saúde). Portaria/GM nº 1.077. Estabelece as diretrizes, prioridades e responsabilidades da Assistência Farmacêutica. Brasília: MS; 1999.
- MS (Ministério da Saúde). Portaria nº 799/00. Institui o Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental. Brasília: MS; 2000.
- MS (Ministério da Saúde). Portaria n.º 336/GM. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III. Brasília: MS; 2002a.
- MS (Ministério da Saúde), SAS (Secretaria de Assistência à Saúde). Portaria/SAS nº 189. Define as normas e diretrizes para a organização dos serviços que prestam assistência em saúde mental. Brasília: MS; 2002b.
- MS (Ministério da Saúde), SAS (Secretaria de Assistência à Saúde). Portaria/SAS nº 305. Define as normas de funcionamento e cadastramento de Centros de Atenção Psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos causados pelo uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas. Brasília: MS; 2002c.
- MS (Ministério da Saúde). Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília; 2004.
- Newman MEJ. The structure of scientific collaboration networks. arXiv. 2000.
- Newman MEJ. Coauthorship networks and patterns of scientific collaboration. PNAS. 2004;101(Suppl. 1):5200-05.
- Noronha DP. Análise das citações das dissertações de mestrado e teses de doutorado em saúde pública (1990-1994): estudo exploratório. Ciência da Informação. 1998 jan/abr;27(1):66-75.
- Ospina EG, Reveiz Herault L, Cardona AF. Uso de bases de datos bibliograficas por investigadores biomédicos latinoamericanos hispanoparlantes: estudio transversal. Revista Panamericana de Salud Publica. 2005;17(4):230-35.
- Pádua AC, Gama CS, Lobato MIR, Abreu PSB. Esquizofrenia: diretrizes e algoritmo para o tratamento farmacológico. In: Cordioli AV, editor. Psicofármacos: consulta rápida. Porto Alegre: Artmed; 2005. p. 343-63.

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.

Queiroz FM, Noronha DP. Temática das dissertações e teses em ciência da informação no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Comunicação da USP. *Ciência da Informação*. 2004 maio/ago.;33(2):132-42.

Roa Celis A. A dinâmica da comunidade científica na produção do conhecimento: um estudo da imunologia no Brasil e na Colômbia [Tese]. Campinas: UNICAMP; 2002.

Scazufca M. Brazilian version of the Burden Interview scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002;24(1):12-7.

Shansis FM, Cordioli AV. Transtornos do espectro do humor bipolar. In: Cordioli AV, editor. *Psicofármacos: consulta rápida*. Porto Alegre: Artmed; 2005. p. 343-63.

St-Onge M, Lavoie F. The experience of caregiving among mothers of adults suffering from psychotic disorders: factors associated with their psychological distress. *Am J Community Psychol*. 1997 Feb;25(1):73-94.

Tenório F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História Ciência, Saúde - Manguinhos*. 2002;9:25-59.

Tessler RC, Gamache GM. *Family experiences with mental illness*. Westport: Auburn House; 2000.

Xavier FMF, Ferraz MPT, Trenti CM, Argimon I, Bertollucci PH, Poyares D, et al. Transtorno de ansiedade generalizada em idosos com oitenta anos ou mais. *Rev Saúde Publ*. 2001;35(3):294-302.