

Edital FAPESP: pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde
PPSUS-SP

MS/ CNPq/ Fapesp/ SES-SP

a- Título

Pesquisa avaliativa de saúde mental: indicadores para avaliação e monitoramento dos CAPS III do Estado de SP

b- Instituição executora

Departamento de Medicina Preventiva e Social - Faculdade de Ciências Médicas – Unicamp

c- Instituição signatária

Universidade Federal de São Paulo
Secretaria Estadual de Saúde (tramitando)
Secretaria Municipal de Saúde de Campinas
Secretaria Municipal de Jundiaí
Fundação Síndrome de Down de Campinas

d- Coordenador:

Rosana Teresa Onocko Campos

rosanaoc@mpc.com.br

19-97006253

e- especificação das instituições e pesquisadores envolvidas e das respectivas atividades a serem desempenhadas por cada uma delas assim como tempo de dedicação ao projeto

O Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas através do grupo de pesquisa “Saúde coletiva e saúde mental: interfaces”¹ coordenará o projeto em todas as instâncias fixadas no cronograma, sua coordenação será feita pela Prof^a Dr^a Rosana Onocko Campos, viabilizando alunos de pós doutorado, doutorado, mestrado além de pesquisadores ligados a rede de atenção a saúde dos devidos municípios.

O Departamento “Saúde, Educação e Sociedade” da Universidade Federal de São Paulo, Campus Baixada Santista, integrará o projeto por meio do Prof. Dr. Juarez Pereira Furtado, ficando responsável pelos processos relativos ao desenvolvimento de alguns dos trabalhadores de parte dos Caps que comporão a pesquisa, cujas ações serão sediadas na cidade de Santos. Alguns alunos de pós-graduação desse campus poderão vir a agregar-se ao projeto.

A Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo viabilizará a articulação com os diversos centros de atenção psicossocial, indicará um representante que participará da pesquisa, acompanhamento e participando dos grupos nominais. Isto significa 16h mensais de participação do representante do Estado nos encontros presenciais.

A Secretaria Municipal de Campinas apoiará o projeto através liberação dos profissionais indicados para participação nos diversos momentos pesquisa estando a princípio representado pelo coordenador de saúde mental desta cidade, segundo acordo firmado pela carta em anexo. Isto significa a dedicação de 16h mensais de participação do representante deste Município nos encontros presenciais.

A fundação síndrome de Down apoiará o objetivo específico 1.3 estando representada pela Luciana Togni Surjus e Crispim Antonio Campos que se integrarão ao grupo de pesquisa integralmente, despendendo 24h mensais a primeira e integralmente a segunda. Além disso, o Sr Crispim Antônio Campos tem pedido de bolsa de pós-doutorado solicitada neste mesmo grupo de pesquisa.

f- identificação da equipe técnica e de suas qualificações

¹ Inserido no diretório do CNPq desde 2004

A Equipe Técnica é constituída, em sua maioria, por participantes do Grupo de Pesquisa do Depto. de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas (UNICAMP), “Saúde Coletiva e Saúde Mental: Interfaces”. Esse grupo tem experiência em pesquisa avaliativa da rede de Caps da Cidade de Campinas/SP (CNPq). E pesquisa avaliativa de dispositivos e arranjos inovadores na rede básica de saúde de Campinas/SP (Fapesp). Atualmente desenvolve pesquisa multicêntrica relacionada à questão da medicação psiquiátrica (CNPq). Registrado no Diretório de grupos de pesquisa do CNPq desde 2004

(http://www.fcm.unicamp.br/grupos/saude_mental).

Também compõem a equipe de apoio alguns outros pesquisadores que compõem a base da pesquisa sediada na Unifesp, campus Baixada Santista.

COORDENAÇÃO: ROSANA T. ONOCKO CAMPOS

Médica graduada pela Universidade Nacional de Rosario (1986), mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (1998) e doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (2001). Atualmente é professor RDIDP da Universidade Estadual de Campinas. Foi assessor da Política nacional de humanização em seus primórdios e da coordenação nacional de saúde mental. Participa ativamente da formação de médicos e de aprimoramento de saúde mental desde 1996. Coordena o grupo de pesquisa *Saúde Coletiva e saúde mental: Interfaces* desde 2003. Atua na área de Saúde Coletiva, com ênfase em: saúde coletiva, gestão e subjetividade, saúde mental, planejamento em saúde e políticas públicas, avaliação de políticas e serviços. Orienta mestrandos e doutorandos.

PESQUISADORES:

CRISPIM ANTONIO CAMPOS

Psicólogo graduado pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (1985). Especialização em Psicoterapia pelo Instituto Sedes Sapientae, São Paulo (1988). Mestre em Educação pela Universidade Estadual de Campinas (1996) e Doutor no Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2007). Integrante da equipe de pesquisa "Saúde Coletiva e Saúde Mental: interfaces".

JUAREZ P. FURTADO

Fisioterapeuta, doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas e Universidade de Montreal. Pós-doutorado em avaliação de programas e serviços de saúde

mental, no Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM-Unicamp. Professor Adjunto II de Saúde Coletiva na Unifesp, Campus Baixada Santista, Depto. de Saúde, Educação e Sociedade. Atua nas áreas de Saúde Coletiva, Avaliação de programas e serviços em saúde, Saúde Mental. É consultor colaborador da Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde. Atualmente coordena pesquisa avaliativa multicêntrica sobre os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) financiado pelo edital 33/2008 do Cnpq.

EQUIPE DE APOIO:

ALBERTO RODOLFO MANUEL GIOVANELLO DIAZ

Psicólogo graduado pela Universidad Nacional de Rosario, ARG. Mestre (2009) e Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas. Integrante da equipe de pesquisa "Saúde Coletiva e Saúde Mental: interfaces". É supervisor suplente nos Programas de Aprimoramento Profissional de Planejamento e gestão de serviços de Saúde, e de Saúde Mental (PAP-Fundap). Atua nas áreas de Planejamento, Gestão e avaliação de serviços de saúde, Reforma Psiquiátrica, Clínica, Centros de Atenção Psicossocial (CAPs), Saúde Mental na atenção básica.

BRUNO FERRARI EMERICH

Psicólogo graduado pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (2005), campus de Assis. Especialista em Saúde Mental pelo Programa de Aprimoramento em saúde mental pda UNICAMP (2007). Integrante da equipe de pesquisa "Saúde Coletiva e Saúde Mental: interfaces". Atualmente é psicólogo - CAPS III Integração, em Campinas

CRISTIANE LOCATELLI

Graduada em Psicologia pela PUC SP. Mestre em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo, na área de Avaliação de Programas (2007). Atualmente integrante da equipe de pesquisa Projeto FAPESP Políticas Públicas "Avaliação do alcance das mudanças na política pública de Saúde Mental: A implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (portaria GM/MS 336)" (término previsto para 30/09/09). Tem experiência clínica em função de sua atuação na rede pública entre 1989 e 2007, e vem atuando desde 2001 como consultora na área de avaliação de programas e projetos. Apoiará as atividades desenvolvidas pelo projeto na Baixada Santista.

DEIVISSON VIANNA DANTAS DOS SANTOS

Médico e Psiquiatra formado pela Universidade Estadual de Campinas. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas, possui MBA em Gestão em Saúde pela Fundação Getúlio Vargas. Integrante da equipe de pesquisa "Saúde Coletiva e Saúde Mental: interfaces". Atualmente está na coordenação de saúde mental da cidade de Campinas-SP e já trabalhou na supervisão de diversos tipos serviços de saúde neste mesmo município. Tem experiência nas áreas de clínica, reabilitação psiquiátrica e de Administração em Saúde, com ênfase em Gestão de Linhas de Cuidado e Recursos Humanos. Atua principalmente nos seguintes temas: saúde mental na atenção básica, gestão de equipes e psiquiatria.

FERNANDO SFAIR KINKER

Possui graduação em Terapia Ocupacional pela Universidade de São Paulo (1988), especialização em Saúde Mental pela Fundação Oswaldo Cruz (1997) e mestrado em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2007) . Consultor do Ministério da Saúde, Consultor da Associação Saúde da Família. Coordenador do Programa de saúde mental da Prefeitura de São Bernardo do Campo. Recentemente aprovado em concurso público para docência no Curso de Terapia Ocupacional da Unifesp-BS. Atuando principalmente nos seguintes temas: Reforma Psiquiátrica e projetos de inclusão pelo trabalho. Apoiará as atividades desenvolvidas pelo projeto na Baixada Santista.

IVANA OLIVEIRA PRETO BACCARI

Estudante do curso de Medicina, bolsista do CNPq, trabalha em um grupo de pesquisas com ênfase em Saúde Coletiva e Saúde Mental. Integrante da equipe de pesquisa "Saúde Coletiva e Saúde Mental: interfaces".

LUCIANA TOGNI DE LIMA E SILVA SURJUS

Terapeuta Ocupacional graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (1999); Mestre em Saúde Coletiva pela UNICAMP (2007) e especialista em Saúde Pública pela UNICAMP (2002). Tem experiência clínica e de gestão na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Mental. Integrante do "Grupo de Pesquisa Saúde Mental e Saúde Coletiva: Interfaces" e Sócio-fundadora da AFLORE - Associação de usuários, familiares e amigos dos serviços de saúde mental de Campinas.

TATIANA SCALA LOPES

Psicóloga graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas e especialização em Psicopatologia e Saúde Pública pela USP. Atualmente é mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas. Integrante da equipe de pesquisa "Saúde Coletiva e Saúde Mental: interfaces". Atua nas áreas de Psicologia Clínica e Saúde Coletiva.

THAÍS MIKIE DE CARVALHO OTANARI

Psicóloga graduada pela Universidade Federal de São Carlos (2007). Especialista em Saúde Pública pelo Programa de Aprimoramento Profissional no curso de Planejamento e Administração de Serviços em Saúde, pela UNICAMP (2008). Atualmente é mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas. Integrante da equipe de pesquisa "Saúde Coletiva e Saúde Mental: interfaces". Atua nas áreas de Saúde Mental, Saúde Coletiva e formação em saúde.

g- Identificação de tema e linha temática

2.2.4.1.6 – Gestão e gerência do SUS

d) formação de trabalhadores

e) Informação e conhecimento no SUS

2.2.4.2 – Tipo de Estudo

2.2.4.2.6 Avaliação de serviços e sistemas de saúde

h- Resumo e palavras chaves

A presente proposta caracteriza uma pesquisa avaliativa e participativa de quarta geração de Centros de Atenção Psicossocial com funcionamento 24h (CAPS III) no estado de São Paulo e, conjuntamente, um estudo exploratório da rede de assistência para deficiência mental, aspecto apontado como inexplorado por pesquisa anterior.

Seus Objetivos são:

Geral:

1- Desenvolver, implementar e acompanhar um sistema de avaliação nos CAPS III no Estado de SP que não seja excludente para a deficiência intelectual.

Específicos:

1.1 – Elaborar, em conjunto com os atores envolvidos, estratégias de avaliação alinhadas às necessidades de informação e adequadas ao contexto de cada um dos Caps III inseridos na pesquisa;

1.2 – Validar nesses Caps o leque de indicadores, dispositivos e analisadores desenvolvidos em pesquisa avaliativa realizada anteriormente, subsidiando os produtos originados a partir da ação descrita no tópico anterior;

1.3 – Promover o desenvolvimento de trabalhadores, gestores de CAPS III e coordenadores de saúde mental dos respectivos municípios na temática da avaliação de programas e serviços;

1.4 - Constituir massa crítica em cada um dos Caps participantes, para a elaboração, implementação e acompanhamento de um sistema de avaliação e monitoramento desses serviços.

1.5 – Iniciar uma aproximação da temática da deficiência mental realizando um estudo exploratório e descritivo sobre as entidades que atendem à população com deficiência intelectual nos municípios com CAPS III.

Utilizar-se-á como metodologia um paradigma construtivista e interpretativo, inserido nas abordagens qualitativas. Incluiremos representantes dos diferentes segmentos envolvidos, como trabalhadores e gestores o que enquadra nossa investigação nas chamadas abordagens de quarta geração da avaliação.

A construção participativa de definição de questões da avaliação, elaboração de estratégias, validação e teste dos dispositivos e analisadores desenvolvidos em pesquisa avaliativa anterior e análise dos dados ocorrerão no interior de uma capacitação em avaliação. Tal capacitação foi concebida para, simultaneamente, propiciar a aprendizagem em torno da temática da avaliação e constituir-se em espaço de acertos, definições e desenvolvimento participativo do presente projeto de pesquisa.

A capacitação se constituirá de exposições dialogada sobre a temática em foco e, além disso, preverá espaços para a apreciação compartilhada das várias questões e estratégias que comporão a pesquisa, como a utilização da técnica de grupos nominais para validação dos dispositivos oriundos da pesquisa anterior e outros recursos voltados para a sistematização da efetiva participação dos grupos na conformação final e condução dessa pesquisa avaliativa.

A partir dos encontros presenciais, atividades de dispersão para os agentes capacitados os levarão a incluírem também familiares, usuários e outros segmentos da comunidade a participarem das discussões, da validação e da operacionalização dos indicadores. Desta maneira, esperamos um efeito de amplificação da participação que permitirá que maior número de agentes desenvolva um olhar avaliativo sobre esses serviços estratégicos para a reforma psiquiátrica.

O estudo exploratório permitirá conhecer um pouco mais a realidade a assistência à deficiência mental, área apontada como crítica na pesquisa anterior, sendo principalmente abordada por equipamentos de caráter filantrópico, ao contrário do que acontece em outros países com sistemas de saúde universais.

Ao final do processo esperamos poder contar com produtos bem concretos tais como:

– Um leque de indicadores e analisadores das práticas clínicas, de gestão e de formação dos serviços substitutivos (CAPS) que, por suas especificidades, sejam aplicáveis à heterogeneidade dos serviços paulistas.

– Comissões avaliadoras instauradas nos municípios que possuam CAPS III com seus agentes capacitados.

– Mapa dos serviços de atenção à deficiência mental no campo a ser estudado.

Palavras chaves: Avaliação em saúde mental, transferência tecnológica, políticas públicas e gestão de sistemas e serviços de saúde.

Versão em inglês:

Abstract and Key-Words

The present proposal features an evaluative and participatory research of fourth generations of Psychosocial Care Centers with 24 hour operation (CAPS III) in the state of São Paulo, jointly, an exploratory study of the assistance network for mental deficiency, as unexplored aspect addressed by previous research.

Its Objectives are:

General:

1- Develop, implement and follow an evaluation system of CAPS III in the state of São Paulo that is not exclusionary for mental deficiency.

Specific:

1.1 – Develop, in conjunction with the actors involved, evaluation strategies aligned to the information needs and appropriate to the context of each one of the CAPS III entered in the research;

1.2 – Validate within these CAPS the range of indicators, devices and analyzers developed in evaluative research conducted previously, subsidizing products originated from the action described in the previous topic;

1.3 – Promote the development of workers, managers of CAPS III and mental health coordinators of the respective municipalities in the evaluation of programs and service

thematic.

1.4 - Constitute critical mass in each of the participant Caps, for the elaboration, implementation and accompaniment of an evaluation and monitoring system of these services.

1.5 – Initiate an approach of the thematic of mental deficiency conducting an exploratory and descriptive study about the entities that serve the population with mental deficiency in municipalities with CAPS III.

It will be used as methodology an interpretive and constructivist paradigm, inserted into the qualitative approaches. We will include representatives of different sectors involved, such as workers and managers that fit our investigation in so-called fourth generation of investigation approaches.

The participatory construction for defining issues of evaluation, strategy development, validation and testing of devices and analyzers developed in previous evaluative research and data analysis will occur from within evaluation training. This training was designed to simultaneously provide learning around the theme of evaluation and constitute itself in spaces of items, definitions and participatory development of this research project.

The training will consist of dialogue-based exhibition on the theme in focus and, besides that, foresee space for a shared appreciation of several issues and strategies that will comprise the research, such as the use of the technique of using nominal groups for validation of devices coming from previous research and other resources directed to systematize the effective participation of groups in the final conformation and driving of this evaluative research.

From the face-to-face meetings, dispersion activities to the capacitated agents will lead them to also include family members, users and other segments of the community to participate in the discussions, the validation and the operationalization of the indicators. This way, we expect an amplification effect of participation that will allow a greater number of agents to develop an evaluative look on these strategic services for psychiatric reform.

The exploratory study will reveal a little more the reality in assistance to the mentally disabled, an area identified as critical in previous research, being addressed mainly by equipment of charity character, unlike what happens in other countries with universal health systems.

At the end of the process we hope we can count on concrete products such as:

- A range of indicators and analyzers of clinical practices, of management and training of substitute services (CAPS) that may be applicable to the heterogeneity of Brazilian services.

- Evaluating commissions introduced in municipalities that have CAPS III with trained agents.
- Map of services of attention to mental deficiency in the field being studied.

Key words: Evaluation in mental health, technologic transfer, public policy and systems management and health services.

I- Introdução

As Reformas Psiquiátricas, respeitados os aspectos históricos, sócio-culturais e políticos dos países onde foram implantadas, conceberam a estrutura de novos serviços responsáveis por atender de maneira mais efetiva à população outrora enclausurada. A partir dos movimentos mundiais de desinstitucionalização, estruturaram-se políticas públicas em resposta às demandas dali emergentes.

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica possibilitou a criação de novas abordagens de cuidados às pessoas com transtornos mentais graves, sendo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) a grande aposta para o atendimento desta população. No entanto, a implantação desta nova política de saúde mental acontece de maneira diversificada nas diferentes regiões do país. Como podemos observar no gráfico a seguir, em junho de 2009, apesar de existirem 1394 serviços em funcionamento, a cobertura nacional varia de 0,12 (Amazonas) a 1,06 (Paraíba) por 100.000 habitantes no território nacional. Ainda assim, as unidades que possuem leitos de internação (ou leitos-noite) com maior eficácia de manejo dos transtornos mentais, denominadas de CAPS III, representavam apenas 2,9% (41 serviços) do total da rede de CAPS do país.

A rede de atenção psicossocial

Tabela 1 – Cobertura de CAPS em ordem decrescente, por UF (em 4 de junho de 2009)

UF	População	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSI	CAPSad	Total	Indicador CAPS/100.000 hab
Paraíba	3.742.606	31	9	2	7	5	54	1,06
Sergipe	1.999.374	19	3	3	1	2	28	1,00
Rio Grande do Sul	10.855.214	59	33	0	12	17	121	0,84
Ceará	8.450.527	38	27	3	5	14	87	0,82
Alagoas	3.127.557	33	6	0	1	2	42	0,82
Santa Catarina	6.052.587	39	13	0	6	7	65	0,75
Rio Grande do Norte	3.106.430	9	10	0	2	5	26	0,69
Paraná	10.590.169	33	26	2	7	19	87	0,68
Rondônia	1.493.566	10	5	0	0	0	15	0,67
Mato Grosso	2.957.732	25	1	0	1	5	32	0,66
Bahia	14.502.575	99	25	2	4	11	141	0,64
Maranhão	6.305.539	35	13	1	2	3	54	0,59
Piauí	3.119.697	18	5	0	1	3	27	0,58
Mato Grosso do Sul	2.336.058	6	6	0	1	3	16	0,56
Minas Gerais	19.850.072	68	42	8	9	12	139	0,55
Tocantins	1.280.509	7	2	0	0	1	10	0,51
Rio de Janeiro	15.872.362	31	37	0	12	15	95	0,50
São Paulo	41.011.635	53	72	17	24	49	215	0,48
Pernambuco	8.734.194	15	17	1	4	10	47	0,46
Espirito Santo	3.453.648	7	7	0	1	3	18	0,42
Goiás	5.844.996	8	13	0	2	3	26	0,38
Pará	7.321.493	15	11	1	2	5	34	0,37
Amapá	613.164	0	0	0	0	2	2	0,33
Acre	680.073	0	1	0	0	1	2	0,29
Roraima	412.783	0	0	0	0	1	1	0,24
Distrito Federal	2.557.158	1	2	0	1	2	6	0,22
Amazonas	3.341.096	1	2	1	0	0	4	0,12
Brasil	189.612.814	660	388	41	105	200	1394	0,57

Nota: O cálculo do indicador CAPS/100.000 hab. considera que o CAPS I dá resposta efetiva a 50.000 habitantes, o CAPS III, a 150.000 habitantes, o CAPS II, a 100.000 habitantes e o CAPS ad, a 50.000 habitantes.

Fontes: Coordenação Geral de Saúde Mental/MS, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – estimativa populacional 2008

Entre 2005 e 2007, uma pesquisa realizada com financiamento do CNPq/Decit possibilitou analisar aspectos inerentes à rede de CAPS de um município de grande porte, com uma cobertura de CAPS apropriada (1,23 CAPS por 100 mil habitantes se comparado aos 0,57 do Brasil), (Brasil, 2009) e uma implantação de atenção primária de longa data (Figueiredo & Onocko Campos, 2008). Nela, foram avaliados os modelos assistenciais, de

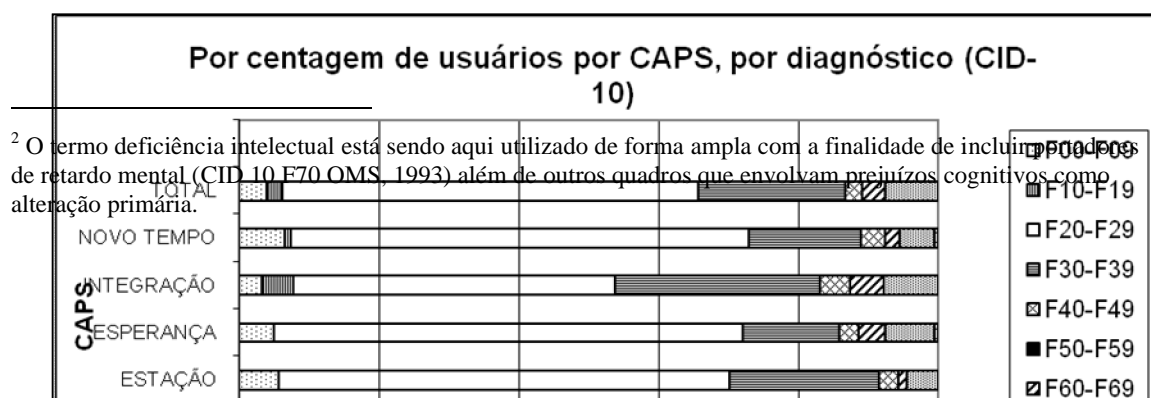
gestão e de formação dos trabalhadores, analisando, ainda, os efeitos da institucionalização dos princípios norteadores da Reforma Psiquiátrica em CAPS III (Furtado & Onocko Campos, 2005).

Essa pesquisa, de caráter qualitativo, participativo e construtivista produziu uma série de resultados importantes (Onocko Campos et al., 2009). No discurso dos usuários transparece a solidão e a falta de amparo quando um serviço não tem leitos para exercer a integralidade do cuidado. Falam também que um efeito positivo do serviço ter a capacidade de hospitalidade noturna é o aprofundamento do vínculo e o aumento do grau de confiança dos familiares e usuários na equipe. Isto possibilita que casos em que existam crises e episódios agudos possam ser cuidados por aqueles que já conhecem a sua história e suas famílias.

Essa proximidade do território de unidades síntese, responsáveis tanto pelo seguimento horizontal do cidadão como pela compensação de seus quadros clínicos agudos, acarreta também menores médias de permanência nos leitos dos CAPS III. De acordo com dados da Secretaria Municipal de Campinas, no período entre 2006 e 2008, as médias de permanência nos leitos variavam de 7,2 a 10,9 dias nos CAPS III da cidade, enquanto que as médias nos hospitais psiquiátricos da região são de 35 a 45 dias (Campinas, 2008).

O fato dos CAPS III estarem inseridos no território e implicados com a rede que os cerca, com relacionamentos mais personalizados e próximos com os aparelhos de saúde do entorno, garante melhor articulação de um projeto terapêutico que envolva outras áreas. Ademais, o fato de conhecer o contexto e equipamentos comunitários daquela região permite que o olhar para doença não seja deslocado do contexto em que o usuário vive.

Outro achado da Pesquisa Avaliativa de CAPS III em Campinas foi o reconhecimento nos CAPS III de duas populações com problemas de desassistência: os pacientes com comorbidade pelo uso de substâncias psicoativas e de uma população com deficiência intelectual² inserida a partir de comorbidades psiquiátricas e/ou da profunda falta de outras ofertas mais adequadas. É uma população (CID 70-79) que expressava 7,3% dos pacientes inseridos no CAPS III de Campinas à época da pesquisa, conforme tabela abaixo.



Para a população com transtornos mentais relacionados ao uso de substâncias psicoativas existe a oferta dos CAPS AD, apesar do número ainda insuficiente e da dificuldade do manejo dos pacientes com transtornos mentais graves com uso de drogas.

Apesar da especificidade clínica da deficiência mental, que exige um investimento terapêutico para além da saúde mental, como por exemplo, educacional e familiar, os CAPS III tanto do ponto de vista legal como organizacional não foram estruturados para esta demanda.

A situação de não estar no campo das doenças possibilitou aos portadores de deficiência mental, por um lado, se beneficiar do estabelecimento de uma política pública de educação – inicialmente “especial” e mais recentemente “inclusiva” e, por outro lado, permanecer à margem de políticas públicas de saúde específicas, gerando a falsa impressão de um campo de saúde “inclusivo”, onde na verdade observamos formas veladas de negligência e da cobertura quase que total das ofertas de serviços de reabilitação sendo feita por entidades filantrópicas e ONGs.

Todavia, a expansão da rede de CAPS, carro chefe da mudança de paradigma da política de saúde mental, recebe o mandato, na prática, de articular todas as demandas no campo da saúde mental, estejam preparados para elas ou não.

Pressupondo que os municípios que investiram na implantação de CAPS III são mais sensíveis às questões da saúde mental, procuraremos mapear nos mesmos as entidades que atendem à deficiência mental.

Uma iniciativa com mais de quinze anos de implantação, como os Caps III, ainda carece de avaliações sistemáticas e abrangentes, que faça emergir novos instrumentos

avaliativos que subsidiem o debate e a superação de recorrentes tensões políticas e controvérsias sobre a continuidade do hospital psiquiátrico. Tal cenário dota a iniciativa aqui proposta de especial pertinência ao momento atual.

j- Justificativa

Recentemente, a WHO/OMS pelo Global Fórum for Health Research (Global Fórum) investigou o estado atual da pesquisa em saúde mental em 114 países de baixa e média renda per capita na América Latina e Caribe, na África e na Ásia. Sendo que, os transtornos mentais e neurológicos são responsáveis por 13% da carga global das doenças, e que dentre os dez principais fatores de risco responsáveis por um terço das mortes prematuras em todo o mundo, mais da metade estão ligados à saúde mental, esta é uma área negligenciada tanto na área da Saúde Pública como em pesquisa (Sharan et al., 2007).

A Pesquisa Avaliativa de CAPS III em Campinas (Onocko Campos et al, 2009), produziu também o que poderíamos chamar de um “guia de boas práticas” em equipamentos de saúde mental. Entretanto, o leque de indicadores e analisadores elaborados precisa ser validado e testado em outras conjunturas (cidades de menor porte, cidades com redes de saúde menos complexas, com menor implantação de CAPS, etc.) a fim de aprimorar um sistema de avaliação e monitoramento da rede de atenção, o que permitiria manter viva a experiência avaliativa. O Estado de São Paulo apesar de ter sido um precursor dos CAPS (com o primeiro CAPS do país) possui uma cobertura regular, de 0,48 CAPS por 100.000 hab, e conta com o maior número de CAPS III entre os estados da União.

Desta forma, o instrumento avaliativo citado, uma vez validado e acrescido de outros indicadores e estratégias avaliativas definidas a partir das especificidades de cada um dos Caps envolvidos na pesquisa, permitiria a implementação simultânea de uma sistemática de acompanhamento e avaliação do conjunto de Caps de maior complexidade do estado de São Paulo. Teríamos assim um instrumento útil à contínua qualificação das ações desenvolvidas pelos atores envolvidos na condução de cada Caps em seus cotidianos e também instrumentos que imprimiriam maior transparência social desses serviços públicos, além de qualificar a interlocução e o debate entre atores locais e gestores estaduais e municipais do SUS.

O guia de boas práticas, definido a partir de dezenas de oficinas realizadas ao final da pesquisa já citada, é dividido em seis temas, extraídos das principais problemáticas que envolvem a missão e ação dos CAPS III: A gestão, os projetos terapêuticos individuais, as práticas grupais, a formação dos trabalhadores, a Concepção de CAPS e a atenção à crise.

Questões tais como a qualificação de pessoal, o uso da internação como instrumento terapêutico, o uso de psicofármacos em CAPS III, e a participação dos usuários no tratamento apontam-se como críticos para serem aprofundadas numa retomada do “Guia de boas práticas”.

A Reforma Psiquiátrica em seus princípios norteadores propôs uma ampliação do campo da clínica, que qualifica a atenção como psicossocial, fazendo com que se redefina o sentido de saúde nesta fronteira entre o individual e o coletivo. A marca, portanto, da mudança proposta pelo movimento da Reforma é afirmar-se como experiência-limite entre o psíquico e o social, entre o que diz respeito a uma interioridade e às formas de organização da cidade, entre a clínica e a política (Passos & Benevides 2001).

Para que o CAPS possa efetivamente ser um serviço substitutivo ao asilo, a mudança do modelo de atenção deve se dar de maneira indissociável do modo como se gere os processos de trabalho nos serviços. O movimento da Reforma indica, assim, a inseparabilidade entre atenção e gestão (Onocko Campos, 2001), o que equivale afirmar a indissociabilidade entre clínica e política.

A WHO/OMS recomenda, entre outras coisas:

- Integrar a investigação em saúde mental com as pesquisas em sistemas de saúde.
- Pôr em prática prioridades de pesquisa em saúde mental graças a um processo transparente, participativo e científico.
- Reforçar a capacitação em pesquisa em saúde mental, especialmente, através de treinamento em pesquisa e incentivos para profissionais de saúde mental.
- Desenvolver redes entre pesquisadores e instituições. Os pesquisadores e os profissionais envolvidos em tomadas de decisão e práticas de política devem estabelecer um maior intercâmbio através de redes de pesquisa. (Sharan et al., 2007).

Pelo que vimos apresentado, podemos afirmar que o presente projeto leva em conta o conjunto das recomendações apresentada acima.

k) objetivos gerais e específicos

Geral:

1- Desenvolver, implementar e acompanhar um sistema de avaliação nos CAPS III no Estado de SP que não seja excludente para a deficiência intelectual.

Específicos:

- 1.1 – Elaborar, em conjunto com os atores envolvidos, estratégias de avaliação alinhadas às necessidades de informação e adequadas ao contexto de cada um dos Caps III inseridos na pesquisa;
- 1.2 – Validar nesses Caps o leque de indicadores, dispositivos e analisadores desenvolvidos em pesquisa avaliativa realizada anteriormente, subsidiando os produtos originados a partir da ação descrita no tópico anterior;
- 1.3 – Promover o desenvolvimento de trabalhadores, gestores de CAPS III e coordenadores de saúde mental dos respectivos municípios na temática da avaliação de programas e serviços;
- 1.4 - Constituir massa crítica em cada um dos Caps participantes, para a elaboração, implementação e acompanhamento de um sistema de avaliação e monitoramento desses serviços.
- 1.5 – Iniciar uma aproximação da temática da deficiência mental realizando um estudo exploratório e descritivo sobre as entidades que atendem à população com deficiência intelectual nos municípios com CAPS III.

l) Metodologia a ser empregada

1. Campo:

A presente proposta será desenvolvida no Estado de São Paulo. Pretendemos assim cobrir todos os CAPS III do Estado. Desta forma, pretende-se cobrir uma variedade de cidades de diferentes trajetórias culturais, regionais e com percursos diferentes de suas próprias redes de saúde, inclusive. Esse campo privilegia também a inserção dos pesquisadores principais, associa Secretarias estadual e municipais, entidades filantrópicas e poderá potencializar o desenvolvimento em pesquisa de cada uma delas.

Ressaltamos, também, a aproximação sistemática do campo há mais de dez anos dos pesquisadores principais, todos comprometidos com os processos de implantação de redes de serviços, formação de recursos humanos para o sub-setor público de saúde e históricos de pesquisa na área.

No Estado de São Paulo existem 17 CAPS III em funcionamento real com atividades 24h, sendo 6 na cidade de Campinas, 5 em Santos, 1 em Santo Andre, 1 em Diadema, 1 em Jundiaí, 1 Ribeirão Preto, 1 São Vicente e 1 em Rio Claro, dos 215 CAPS no Estado (BRASIL, 2008). Sendo assim, é a unidade federativa do país com o maior número de CAPS III. Vale ressaltar que Santo Andre possui mais um CAPS III, voltado exclusivamente às questões de álcool e outras drogas. Os indicadores já produzidos não contaram com a inclusão das especificidades relacionadas às substâncias psicoativas por isso esse serviço não será incluído no estudo. Com esta única exceção, o campo a ser trabalhado será o de **todos os CAPS III do Estado de São Paulo**, o que consiste em mais de um terço dos serviços deste tipo no país.

Os encontros presenciais acontecerão em Campinas/ Unicamp para as cidades de Campinas (6 Caps III), Jundiaí (1Caps III), Rio Claro (1Caps III) e Ribeirão Preto (1Caps III). E em Santos/Unifesp para as cidades de Santos (5 Caps III), São Vicente (1Caps III) e Diadema (1Caps III)). Visa-se assim facilitar os deslocamentos e fomentar discussões regionais e interação/formação de redes entre eles.

Todos estes CAPS III também serão utilizados para o levantamento da rede à atenção a deficiência mental nas suas respectivas cidades, pois, como já dito antes, a hipótese seria que as cidades que investiram em CAPS III (equipamentos mais caros e mais resolutivos) seriam municípios de vanguarda na construção de redes de saúde mental. Logo, mais sensíveis à questão da deficiência mental.

2. Paradigma Construtivista e Interpretativo.

Situadas na confluência de diversas disciplinas, as pesquisas e práticas na saúde coletiva e na saúde mental constituem-se em pano de fundo privilegiado para o debate em torno da oposição entre abordagens qualitativas e quantitativas. A nosso ver, os termos *quantitativo* e *qualitativo* remetem para além das técnicas utilizadas na coleta ou geração de informações (Bosi & Mercado, 2004), constituindo-se como paradigmas na acepção de Khun (1987), ou seja, um conjunto de suposições interligadas e relativas ao mundo social, proporcionando referencial filosófico para o estudo organizado deste mundo. As questões ontológicas, epistemológicas e as metodológicas são interligadas entre si e essencialmente distintas nos paradigmas quantitativos e qualitativos (Guba & Lincoln, 1989).

O reconhecimento da complexidade, coerência e articulação interna entre os componentes dos paradigmas quantitativo e qualitativo não significa considerá-los incompatíveis de maneira absoluta. Trabalharemos com um modo de conceber a realidade, a relação sujeito-objeto e a própria finalidade da ciência mais próximo da abordagem qualitativa. Considerando-se que é justamente nas idéias de transformação e mudança que reside a força de um referencial predominantemente construtivista ou interpretativo (Denzin & Lincoln, 2000) optamos pelo desenvolvimento da presente investigação no interior deste paradigma.

3. Pesquisa avaliativa qualitativa e participativa

Buscando explicitamente a superação das avaliações clássicas alguns autores propuseram abordagens avaliativas de quarta geração (Guba & Lincoln, 1989; Furtado, 2006). A pesquisa avaliativa, neste contexto, deve propiciar: 1) a inclusão de diferentes pontos de vistas e valores dos envolvidos com os novos serviços; 2) viabilizar e ampliar a utilização dos resultados da avaliação; 3) considerar o inevitável caráter político da pesquisa em geral e da pesquisa avaliativa em particular e 4) ‘empoderar’ os grupos envolvidos com os serviços, possibilitando que se apropriem dos conhecimentos gerados na realização do processo avaliativo.

Uma abordagem centrada nos diversos atores envolvidos no processo, que desde sua concepção considere os diferentes valores e pontos de vistas envolvidos (Guba & Lincoln, 1989), que apresente uma real preocupação com a utilização dos resultados e que se utilize de métodos voltados para o estudo do fenômeno “in situ” nos parece mais apropriada para a superação da avaliação clássica, via de regra centrada no avaliador, nos resultados e suas expressões numéricas.

3.1. Grupos de Apreciação Compartilhada (GAP): a efetiva inclusão e participação dos diferentes atores

Em um programa ou serviço a participação de seus trabalhadores ou beneficiários (*stakeholders*), vem sendo defendida por diversos autores para aumentar a chance de utilização dos resultados da pesquisa (Patton, 1997), para estimular a participação, a capacitação e o desenvolvimento dos envolvidos (Feuerstein, 1990), para considerar os diferentes interesses, questões e reivindicações existentes (Guba & Lincoln, 1989), para revelar as aprendizagens silenciosas do cotidiano (Lehoux, Levy & Rodrigues, 1995) e para propiciar negociações e trocas simbólicas entre os envolvidos (Furtado, 2001; Furtado & Onocko Campos, 2008).

Em nosso caso, os gestores de saúde mental, trabalhadores, usuários e familiares e organizações não governamentais que lidam com a questão da deficiência mental constituirão categorias diferentes de grupos de interesse *a priori*, sendo que outras categorias poderão ser eventualmente incluídas se consideradas relevantes para o processo.

Conforme afirmamos anteriormente, os encontros presenciais serão constituídos de dois momentos distintos: exposições dialogadas sobre a temática da avaliação e o processamento coletivo de aspectos relativos à pesquisa - definição de questões avaliativas, condução operacional, definição de tarefas, processamento dos resultados, dentre outras coisas.

As várias tarefas a serem processadas nesse segundo momento levarão à utilização de distintas estratégias. Assim, para a validação dos indicadores da pesquisa anterior utilizaremos a técnica do grupo nominal, para a definição de questões da avaliação faremos entrevistas coletivas e assim por diante. Desse modo, configuramos o que Jalbert et al (1997) chamam de Grupo de Apreciação Partilhada (GAP) que permite alimentar a reflexão e a auto-avaliação coletiva.

Não se trata de um grupo focal, pois os participantes decidem a forma e os temas a discutir (Laperrière, 2008), podendo os coordenadores da pesquisa ofertarem documentos e congêneres para disparar a discussão ou até mesmo estratégias como a técnica de grupo nominal já citada ou outra que se apresente mais pertinente para o desenvolvimento de uma dada questão.

“Esse exercício (GAP) destina-se a levar diferentes agentes à partilha de suas análises sobre o projeto em curso e, assim, contribui para a construção de uma ação efetivamente coletiva, permitindo entre outras coisas, emitir julgamentos sobre as práticas e eventualmente conceber ajustes.” (Laperrière, 2008)

Podemos afirmar, então, ser os GAP uma estratégia para a efetivação da participação dos diferentes atores, constituindo-se ao mesmo tempo espaço de geração de informações para

a pesquisa em curso e também um fórum de discussão, apropriação e intervenção sobre o curso da mesma, no interior do qual se pode lançar mão de diferentes possibilidades de fomento da discussão e interação grupal. Salientamos que os integrantes do GAP deverão, por sua vez, constituir comissões locais de avaliação em seus respectivos Caps.

Uma das técnicas a serem utilizadas no interior do GAP será melhor detalhada a seguir.

3.2. A Técnica do Grupo Nominal: validação indicadores avaliativos para os CAPS

Na configuração do campo que inclui os Caps III para a validação dos indicadores a serem propostos para o Estado de SP desenvolveremos a técnica de grupo nominal (TGN) (JONES E HUNTER, 1995) com trabalhadores da assistência em saúde mental, coordenadores dos serviços e coordenadores da saúde mental dos municípios incluídos. Este será um processo participativo com objetivo de validar indicadores e dispositivos, subsidiando instrumentos de monitoramento e avaliação dos CAPS para posterior utilização por seus trabalhadores e demais integrantes da rede de saúde mental do Estado de São Paulo.

A Técnica de Grupo Nominal (TGN) foi desenvolvida na década de 1960, nos Estados Unidos, e tem sido utilizada em diversas áreas (serviço social, educação, governo, indústrias). Na área da saúde tem sido utilizada para diversos campos de prática, sempre no sentido de gerar consenso para a tomada de decisões (JONES E HUNTER, 1995).

O termo nominal refere-se a processos que reúnem os indivíduos, mas prescinde do debate entre eles. A TGN foi elaborada inicialmente com a finalidade de aumentar a produtividade do grupo, facilitar a decisão grupal, estimular a geração de idéias críticas e servir como instrumento no agrupamento de idéias (CASSIANI e RODRIGUES, 1996). Tal técnica também permite, na opinião de alguns autores, a validação qualitativa de evidências (MURPHY et al, 1998, JONES E HUNTER, 1995, 2005).

Essa técnica é uma variante estruturada dos métodos para discussão em grupos pequenos e, nesse sentido, ao evitar que uma pessoa domine o debate, estimula a participação daqueles mais passivos. Às vezes também chamada de Painel de Especialistas, compreende um processo que, recorrendo a um grupo de especialistas no assunto, permite selecionar, fazer julgamentos e fomentar a criatividade de sugestões para a resolução de um problema (MENDES et al., 2008). Estruturado para a geração de idéias coletivas por meio do incentivo à participação, permitindo a interação dos diversos saberes envolvidos no assunto, visa à geração de consensos, possibilitando assim criar compromisso com o material produzido coletivamente, principalmente quando o objetivo é identificar e propor estratégias de ação.

O encontro para o Grupo Nominal está estruturado da seguinte forma: os participantes (de 9 a 12) têm alguns minutos para escrever as suas opiniões sobre o tema em questão; cada participante, por sua vez, contribui com uma idéia para o facilitador, que a registra em algum lugar visível (i.e: lousa, cartaz); sugestões semelhantes são agrupadas e, se necessário, é feito um debate grupal, só para esclarecer cada idéia; cada participante, individualmente e, em privado, pondera cada idéia (1ª. Rodada); o ranking é tabulado e apresentado; a classificação geral é discutida e é realizada uma nova ponderação (2ª. Rodada); as classificações finais são tabuladas e é feita uma devolução dos resultados para os participantes (JONES e HUNTER, 1995). A TGN não é recomendável quando o objetivo é obter uma série de idéias sobre algum tópico, ou fazer uma análise qualitativa de algum processo grupal.

Os GAPs terão dez meses de duração, intercalando encontros presenciais com atividades de dispersão. Serão conduzidos pelos pesquisadores principais, do ‘*grupo de pesquisa Saúde coletiva e saúde mental: interfaces*’, da Unifesp-BS e representantes das entidades parceiras.

3.3. Os encontros presenciais

- No primeiro mês, teremos encontros semanais de 8h em que serão ministradas aulas teóricas de aprofundamento sobre políticas públicas em saúde mental e técnicas avaliativas de quarta geração.

Cronograma da Intervenção

1º mês				
	1ª semana	2ª semana	3ª semana	4ª semana
9:00 às 12:30	Acolhimento	Aula 2	Aula 3	Aula 4
13:30 às 17:00	Aula 1	Discussão 1	Discussão 2	Discussão 3
Módulo Introdutório				

- Nos cinco meses consecutivos, teremos encontros quinzenais de 8 h onde a primeira parte destinada ao GAP com trabalhadores, coordenadores e outros gestores da saúde mental dos municípios, representando cada um dos serviços incluídos.

A lista ampla de indicadores e analisadores para monitoramento e avaliação dos CAPS abarcou temas assim subdivididos: Gestão, Projetos terapêuticos individuais, Práticas

grupais, Formação dos trabalhadores, Concepção de CAPS e Atenção à Crise. O instrumento completo encontra-se no anexo I deste projeto.

A cada mês, um desses temas específicos será tratado e os indicadores referentes a esse tema serão apresentados ao grupo nominal no GAP para que o trabalho de validação e criação de outros e novos dispositivos ocorra.

Em um segundo momento destes encontros quinzenais, realizaremos discussões prático-teóricas, garantindo desenvolvimento e assimilação coletiva de cada tema a ser abordado.

No intervalo destes encontros, os integrantes terão uma tarefa de dispersão, que consistirá na inclusão de trabalhadores, usuários e familiares dos seus respectivos serviços na discussão, aplicação e teste destes e outros indicadores e dispositivos. No retorno da atividade de dispersão serão discutidos os resultados e as dificuldades de realização da tarefa com o intuito de viabilizar a operacionalização.

2º mês			3º mês			4º mês			5º mês			6º mês		
2ª sem	Interregno	4ª sem	2ª sem	Interregno	4ª sem	2ª sem	Interregno	4ª sem	2ª sem	Interregno	4ª sem	2ª sem	Interregno	4ª sem
GAP	Dispersão	GAP	GAP	Dispersão	GAP	GAP	Dispersão	GAP	GAP	Dispersão	GAP	GAP	Dispersão	GAP
Aula 5		GAP Final	Aula 6		GAP Final	Aula 7		GAP Final	Aula 8		GAP Final	Aula 9		GAP Final
Implantação de comissões de avaliação														
Módulo Gestão			Módulo Formação Trabalhadores			Módulo Atenção à Crise			Módulo Concepção de CAPS			Módulo Projetos Terapêuticos		

- Nos quatro meses subsequentes ocorrerão encontros mensais para auxiliar na continuidade da coleta de dados de todos os seis temas de indicadores. Desta maneira, almeja-se que todos os municípios envolvidos e também os gestores estaduais possam contar com arranjos de monitoramento permanentes desta rede de CAPS III.

	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês
9:00 às 12:30	Resultados	Resultados e Monitoramento dos Indicadores		
13:30 às 17:00	Supervisão	Supervisão	Supervisão	Ap. Final
Módulo de consolidação das Comissões de Avaliação				

Portanto, o Grupo de Apreciação Partilhada juntamente com a capacitação, terá dez meses de duração. Até o final da pesquisa, serão realizados 18 encontros, como

esquemáticos anteriormente. Pretendemos, assim, trabalhar com medidas de consenso para a criação de um instrumento útil e viável para avaliação e monitoramento da rede de CAPS III do Estado de São Paulo.

3.4 Identificação da Rede de Atenção à Deficiência Mental

Nesta parte do estudo, aproveitaremos o grupo de gestores e trabalhadores que participarão dos encontros presenciais para discutirem a demanda relacionada à deficiência mental em seus serviços. Neste encontro terão como tarefa de dispersão dimensionar (quantificar) essa demanda no CAPS III – Incluindo todos os casos de deficiência intelectual que chegam aos CAPS III, monitorados a partir da porta de entrada. Serão consideradas as entradas com os CIDs (Código Internacional de Doenças) primário e/ou secundário relacionados ao grupamento F70 à F79.

Desta maneira, poderemos conhecer quantos casos relacionados a este problema são triados, quantos destes são inseridos nos CAPS e em que consiste o projeto terapêutico dos mesmos. Além disso, poderemos conhecer os encaminhamentos dados aos outros casos identificados como deficientes mentais, não inseridos e que rede de cuidados é acionada para eles.

Ademais, a partir da Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Estadual dos Direitos das Pessoas com Deficiência, os integrantes do grupo de pesquisa mapearão quais as entidades conveniadas e cadastradas para o atendimento de pessoas com deficiência intelectual existem nas cidades em estudo.

Depois de identificadas estas entidades, inquiriremos, através de entrevistas com seus respectivos gestores, qual a concepção de deficiência e ações por elas desenvolvidas e qual o tipo de interface que existe com a Saúde Mental do seu território.

O intuito será, utilizando os CAPS III como observatórios, levantar a rede existente ou provável de ser construída para a deficiência intelectual. Apresentar a rede disponível de entidades e projetos existentes nessa área facilitaria posterior articulação entre eles.

Finalmente, na formação de comitês de avaliação nos municípios-alvo, aproveitar-se-ia para incluir o indicador “existência de uma rede de atenção a deficiência mental” no mecanismo permanente de medida de uma política de saúde mental. A partir do ato de avaliar poder-se-ia incluir esta gama de problemas – deficiência intelectual – sempre na margem das políticas de saúde existentes.

cronograma

Trimestre/atividade	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°
Montagem da equipe (Recrutamento dos auxiliares de pesquisa e treinamento)								
Levantamento bibliográfico								
Aproximação do campo: contato e motivação de secretarias municipais de saúde e serviços alvo.								
Início dos TGN e Capacitação sobre Avaliação								
Levantamento da rede de atenção à deficiência mental								
Análise dos resultados e apresentação final do painel de indicadores								
Publicação de artigos								
Redação do relatório final								

m)- resultados, produtos, avanços e aplicações esperadas:

Ao cabo deste processo esperamos:

1. Contar com um leque de indicadores de avaliação de CAPS III validado para o Estado de São Paulo, estado com o maior número destes equipamentos no país.
2. Haver implantado comissões avaliadoras capazes de auxiliarem na qualificação dos trabalhos prestados pelos serviços, apoiar às gestões locais de saúde mental e a própria Secretaria Estadual.
3. Haver realizado o desenvolvimento em avaliação participativa e inclusiva a 51 trabalhadores do estado de São Paulo (entre coordenadores e técnicos universitários)
4. Haver envolvido mais 170 pessoas de diversos grupos de interesse (usuários, familiares, mais trabalhadores, etc.) no processo avaliativo descentralizado nos momentos de dispersão, contando com um mínimo de dez por cada CAPS.
5. Ter contribuído para o avanço empírico e teórico da avaliação participativa e inclusiva em nosso país.
6. Contar com um primeiro estudo descritivo das entidades que atendem deficiência nas cidades envolvidas, consideradas cidades sensíveis para a temática de saúde mental no Estado.

n)- *orçamento detalhado (discriminando custeio e capital)*

Material / serviço	nacional
Material permanente	R\$ 16.144,38
Material de consumo	R\$ 52.000,00
Serviços de terceiros	R\$ 84.880,00
Despesas de transporte	R\$ 4.320,00
Despesas com diárias	R\$ 40.500,00
Bolsas de capacitação técnica vinculadas aos projetos temáticos, jovem pesquisador e auxílio a pesquisa regular.	
Bolsas acadêmicas vinculadas aos projetos temáticos	R\$ 130.860,00
Bolsas de iniciação científica (ic) vinculadas ao programa jovem pesquisador	R\$ 20.390,40
Total geral:	R\$ 349.094,78

o)- *Financiamento de outras fontes*

As entidades parceiras, ou seja, a secretaria estadual de saúde e as secretarias municipais das cidades envolvidas contribuirão indiretamente para a viabilização do projeto. Tal contribuição dar-se-á a partir da carga horária liberada dos 51 profissionais envolvidos na pesquisa. Por totalizar 18 encontros de 8h cada ao longo tanto das capacitações como dos grupos nominais, para cada profissional será liberada 144h de seus respectivos contratos de trabalho. Assim, as secretarias municipais e estaduais cederão ao todo 7.344h de trabalho de seus profissionais nos 10 meses de duração da intervenção. Ainda haverá as pessoas indicadas para o acompanhamento da pesquisa como um todo, segundo descrito no item “e”.

p)- *Referências bibliográficas mais relevantes.*

BOSI, M.L.M. & MERCADO, F.J. (orgs). *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Vozes, 2004. 480 p.

BRASIL, 2009, Saúde Mental em dados 6, ano II, nº 6, julho de 2009, in http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/smDados/2008_SMD_06.pdf

BRASIL, 2008. Saúde Mental em dados 5, Ano III, nº 5, outubro de 2008, in http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/smDados/2008_SMD_05.pdf

CAMPINAS, 2009, Secretaria Municipal de Saúde, Câmara Técnica de Saúde Mental, senso dos serviços de saúde mental - 2009.

CAMPINAS, 2008, Secretaria Municipal de Saúde, DGDO – Departamento de Gestão e Desenvolvimento Organizacional, banco de AIHs.

CASSIANI, S. H. B.; RODRIGUES, L. P. A Técnica de Delphi e a Técnica de Grupo Nominal como estratégias de coleta de dados das pesquisas em enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 9, n.3. p.76-83, 1996.

DENZIN, N.K. & LINCOLN, Y.S. *O planejamento da pesquisa qualitativa: teoria e abordagens*. Tradução de Sandra Netz .Porto Alegre: Artmed-Bookman, 2006. 432 p.

FEUERSTEIN, M.T. *Avaliação: como avaliar programas de desenvolvimento com a participação da comunidade*. São Paulo, Paulinas, 1990. 184 p.

FIGUEIREDO, M.D. & Onocko Campos, Rosana. Saúde Mental na Atenção Básica à saúde de Campinas (SP): uma rede ou um emaranhado? *Ciência e Saúde Coletiva*, vol.14, nº.1, p.129-138. Fev. 2009.

FLICK, U. *Uma introdução à pesquisa qualitativa*. Tradução de Sandra Netz. Porto Alegre: Bookman. 2004. 321 p.

FURTADO, J.P. Avaliação de programas e serviços de saúde. In: Minayo, MCS & Campos, GWS & Akerman, M. & Drumond Júnior M. & Carvalho Y. (Orgs.). *Tratado de saúde Coletiva*. 1 ed. SP: Hucitec, v. 1. 2006, p. 669-714.

FURTADO, J.P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 6 (1):165-182, 2001.

FURTADO, J.P. & ONOCKO CAMPOS, R. A transposição das políticas públicas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 8 (1):109-122, 2005.

FURTADO, Juarez Pereira and ONOCKO CAMPOS, Rosana. Participação, produção de conhecimento e pesquisa avaliativa: a inserção de diferentes atores em uma investigação em saúde mental. *Cad. Saúde Pública*, vol.24, no.11, p.2671-2680. Nov 2008.

GUBA, E.G. & LINCOLN, Y.S. *Fourth Generation Evaluation*. Sage Publications. Newbury Park, 1989, 294 p.

JALBERT, Y.; PINAULT, L.; RENAUD, G.; ZUNIGA, R. **Epsilon**: guide d'auto-évaluation des organismes communautaires. Montréal: Coalition des organismes de lutte contre le Sida (COCQ-Sida), 1997.

JONES, J.; HUNTER, D. Qualitative research: consensus methods for medical and health services research. *British Medical Journal*, 311 (7001), 376–380, 1995.

JONES, J.; HUNTER, D. Usando o Delfos e a Técnica de grupo nominal na pesquisa em serviços de saúde. In: Pope, C.; Mays, N. (orgs.) *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. Tradução de Ananyr Porto Fajardo. Porto Alegre: Artmed, p. 51-60, 2005.

KUHN, T.S. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo:Perspectiva. 1987. 257 p.

LAPERRIÈRE, H. O caso de uma comunidade avaliativa emergente: re-apropriação pelos pares-multiplicadores da apreciação de suas próprias ações preventivas contra DST/HIV/Aids, Amazonas, Brasil, *Interface*, 12(26):527-40, 2008.

LEHOUX, P; LEVY, R. & RODRIGUE, J. Conjuguer la modélisation systémique et l'évaluation de quatrième génération. *Ruptures*, 2(1):56-72, 1995.

MARTINO, J. P. *Technological forecasting for decision making*. 3. ed. New York: Mc Graw-Hill Inc., 1993.

MENDES, W. et al. Adaptação dos instrumentos de avaliação de eventos adversos para uso em hospitais brasileiros. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 11, n.1, p. 55-66, março 2008.

MURPHY, M. K. et al. Consensus development methods, and their use in clinical guideline development. *Health Technology Assessment*. v. 2, n. 3, março 1998.

ONOCKO CAMPOS, R. Clínica: a palavra negada - sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, V. 25, n. 58, p. 98-111, maio/ago. 2001.

ONOCKO CAMPOS, Rosana & FURTADO, Juarez Pereira. Entre a Saúde Coletiva e a Saúde Mental: Um Instrumental Metodológico para a Avaliação da Rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(5): 053-1062, mai. 2006.

ONOCKO Campos, Rosana Teresa et al. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. *Rev. Saúde Pública*, vol.43, suppl.1, p.16-22. Ago 2009.

PASSOS,E & BENEVIDES,R Clínica e Política na Experiência do Contemporâneo. *Psicologia Clínica*,13 (1): 89-100, 2001.

PATTON, M.Q. *Utilization-focused evaluation*. Beverly Hills, Sage Publications. 1997. 432 p.

PIOLA, S. F., VIANNA, S. M., VIVAS-CONSUELO, D. Estudo Delphi: atores sociais e tendências do sistema de saúde brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 18 (suplemento): 181-190, 2002.

SHARAN, P; LEVAV, I; OLIFSON, S; de FRANCISCO, A; SAXENA, S. *Research capacity for mental health in low- and middle-income countries: Results of a mapping project*. Geneva, World Health Organization & Global Forum for Health Research, 2007.

WRIGTH, J. T. C. A técnica Delphi: Uma ferramenta útil para o planejamento do Brasil? *In: Encontro Brasileiro de Planejamento Empresarial – “Como planejar 86”, III, 29-29 nov. 1985. Anais*. São Paulo: SPE – Sociedade Brasileira de Planejamento Empresarial, 1986, p. 199-207.

WRIGTH, J. T. C; GIOVINAZZO, R. A. Delphi – uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. *Caderno de Pesquisas em Administração*, São Paulo, v. 01, n. 12, 2º trimestre 2000.

q)- especificação dos indicadores de avaliação de andamento do projeto

- Início do processo:
- Realização de reunião inicial para avaliação da implicação dos diversos atores na pesquisa: será considerado ótimo um comparecimento de 80% dos convidados.
- Avaliações mensais:
- cumprimento dos prazos estipulados no cronograma.
- índice de participação efetiva (presença nas reuniões) dos diversos atores envolvidos no processo de pesquisa de mais de 75% do planejado. (pesquisa participativa)
- Dinâmica de trabalho e relação intergrupal que demonstre implicação positiva dos atores. (cumprimento das tarefas, envolvimento nas atividades de dispersão, leituras prévias e etc.).
- Avaliação dos trabalhos de dispersão efetivamente entregues pelos participantes.

r)- existência de interesse do setor produtivo na transferência tecnológica

Os Municípios de Campinas e Jundiaí já apresentaram cartas de interesse em participar do estudo assim como a carta de interesse apresentada pelo município de São Paulo está em tramitação. Os gestores relacionados a estas entidades se interessam pela transferência tecnológica ligada à construção de indicadores e na capacitação em relação ao manejo permanente deles. Isso se deve ao fato da ausência de dispositivos avaliadores consistentes no campo da saúde mental, mais especificamente para a avaliação dos CAPS III, equipamento relativamente novo para muitos dos municípios estudados.

Além disso, a Fundação Síndrome de Down também já apresentou carta de interesse por ver incluída a questão da deficiência intelectual no foco do projeto.