

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO  
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS  
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS



# **ADESÃO AO TRATAMENTO EM ATIVIDADES MULTIPROFISSIONAIS COLETIVAS E SEUS FATORES ASSOCIADOS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

**LETÍCIA PICCOLI TERGOLINA**

Porto Alegre

2018

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO  
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS  
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS



**TÍTULO: ADESÃO AO TRATAMENTO EM ATIVIDADES  
MULTIPROFISSIONAIS COLETIVAS E SEUS FATORES ASSOCIADOS EM UM  
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

**NOME DO MESTRANDO: Letícia Piccoli Tergolina**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado como requisito parcial para  
obtenção do título de Mestre em Avaliação  
e Produção de Tecnologias para o SUS no  
Programa de Pós-Graduação em Avaliação  
de Tecnologias para o SUS do Grupo  
Hospitalar Conceição.

**Orientadora: Evelise Rigoni de Faria**

**Coorientador: Airton Tetelbom Stein**

Porto Alegre

2018

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO  
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS  
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS



**TÍTULO: ADESÃO AO TRATAMENTO EM ATIVIDADES  
MULTIPROFISSIONAIS COLETIVAS E SEUS FATORES ASSOCIADOS EM UM  
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

**NOME DO MESTRANDO: Letícia Piccoli Tergolina**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado como requisito parcial para  
obtenção do título de Mestre em Avaliação  
e Produção de Tecnologias para o SUS no  
Programa de Pós-Graduação em Avaliação  
de Tecnologias para o SUS do Grupo  
Hospitalar Conceição.

**Membros da Banca Examinadora:**

**Titulares: André Klafke de Lima  
Giovanni Abrahão Salum Júnior  
Mirela Paiva Vasconcelos Moreno**

**Suplente: Vauto Alves Mendes Filho**

Porto Alegre

2018

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente, à minha orientadora Evelise Rigoni de Faria pelo exemplo a seguir, pela disponibilidade durante todo o processo, por toda a preciosa ajuda na forma e conteúdo da escrita.

Ao meu coorientador Ailton Tetelbom Stein com todo seu conhecimento e vivências de vida, sempre disponível a compartilhar experiências e histórias. Meu professor dos já idos anos de faculdade a quem hoje considero um amigo.

Obrigada especial aos dois por ouvirem minhas angústias durante estes dois anos, as quais nem sempre tinham a ver com o mestrado.

Ao Grupo Hospitalar Conceição pela oportunidade de realizar este mestrado. Aos colegas do CAPS II pelo apoio e amizade. E, em especial, aos pacientes do CAPS II para os quais os esforços deste estudo são destinados.

À minha mãe Cláudia Piccoli por ser meu eterno porto seguro.

Ao meu marido Rodrigo Chazan por compreender os momentos de imersão no mestrado, por me ajudar com sua experiência de vida e em pós-graduação e por estar sempre ao meu lado.

Aos meus filhos Sofia e Dimitri que são e sempre serão minhas maiores conquistas e fontes de motivação na busca de vida, sabedoria e alegria.

Aos meus amigos verdadeiros que fizeram parte deste ciclo direta ou indiretamente e que são essenciais nesta vida.

## SUMÁRIO

|                                                                                   |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>AGRADECIMENTOS .....</b>                                                       | <b>1</b>  |
| <b>SUMÁRIO .....</b>                                                              | <b>2</b>  |
| <b>ABREVIATURAS E SIGLAS .....</b>                                                | <b>3</b>  |
| <b>LISTA DE FIGURAS E TABELAS .....</b>                                           | <b>4</b>  |
| <b>RESUMO .....</b>                                                               | <b>5</b>  |
| <b>ABSTRACT .....</b>                                                             | <b>7</b>  |
| <b>1 APRESENTAÇÃO .....</b>                                                       | <b>8</b>  |
| <b>2 OBJETIVOS .....</b>                                                          | <b>9</b>  |
| <b>2.1 Objetivo Geral .....</b>                                                   | <b>9</b>  |
| <b>2.2 Objetivos Específicos .....</b>                                            | <b>9</b>  |
| <b>3 INTRODUÇÃO .....</b>                                                         | <b>10</b> |
| <b>4 REVISÃO DA LITERATURA .....</b>                                              | <b>14</b> |
| <b>4.1 Contexto Histórico da Doença Mental .....</b>                              | <b>14</b> |
| <b>4.2 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) .....</b>                           | <b>15</b> |
| <b>4.3 Transtornos Mentais Severos e Persistentes (TMSP) .....</b>                | <b>16</b> |
| <b>4.4 Reabilitação Psicossocial e Atividades Multiprofissionais Coletivas ..</b> | <b>19</b> |
| <b>4.5 Adesão ao Tratamento .....</b>                                             | <b>22</b> |
| <b>5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>                                         | <b>25</b> |
| <b>6 ARTIGO .....</b>                                                             | <b>30</b> |
| <b>7 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>                                  | <b>63</b> |
| <b>7.1 Limitações .....</b>                                                       | <b>65</b> |
| <b>8 ANEXOS .....</b>                                                             | <b>67</b> |
| <b>a. Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa .....</b>                        | <b>67</b> |
| <b>b. Questionários/Formulários .....</b>                                         | <b>68</b> |
| <b>c. Detalhes metodológicos adicionais .....</b>                                 | <b>79</b> |
| <b>d. Normas para publicação na revista .....</b>                                 | <b>81</b> |

## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

|      |                                            |
|------|--------------------------------------------|
| CAPS | Centros de Atenção Psicossocial            |
| TMSP | Transtornos Mentais Severos e Persistentes |
| AMPC | Atividades Multiprofissionais Coletivas    |
| ATS  | Avaliação de Tecnologias em Saúde          |
| SUS  | Sistema Único de Saúde                     |
| GHC  | Grupo Hospitalar Conceição                 |
| HNSC | Hospital Nossa Senhora da Conceição        |
| MS   | Ministério da Saúde                        |
| RP   | Razão de Prevalências                      |

## **LISTA DE FIGURAS E TABELAS**

|                                                                           |           |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Figura 1 - Fluxograma do Estudo .....</b>                              | <b>51</b> |
| <b>Tabela 1 - Descrição da População – Variáveis Sociodemográficas ..</b> | <b>52</b> |
| <b>Tabela 2 - Análise Bivariada .....</b>                                 | <b>55</b> |
| <b>Tabela 3 - Regressão Logística de Poisson .....</b>                    | <b>58</b> |

## RESUMO

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços de saúde mental voltados à reabilitação social e redução das internações para pacientes com transtornos mentais severos e persistentes (TMSP). A principal ferramenta terapêutica ressocializadora é representada pelas atividades multiprofissionais coletivas (AMPC), os grupos e oficinas dos CAPS. Esta dissertação é resultado do trabalho desenvolvido no Mestrado Profissional em Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) para o Sistema Único de Saúde (SUS) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), o qual teve como objetivo avaliar o grau de adesão à tecnologia das AMPC e identificar fatores associados no CAPS II, vinculado ao Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) do GHC, localizado na zona norte da cidade de Porto Alegre.

Trata-se de estudo transversal no qual 111 indivíduos foram avaliados através de um questionário sobre características do paciente, do quadro clínico, do tratamento e do serviço; e das escalas FAST, CGI-S e CGI-I. Foi considerado aderente quem tinha 50% ou mais de presença nas AMPC (últimos 3 meses). Os dados clínicos e sociodemográficos foram analisados através de estatística descritiva, e as comparações entre os grupos, através de análises bivariadas e multivariadas pelo modelo de regressão logística de Poisson com variância robusta para estimar razão de prevalências (RP).

A adesão às AMPC foi de 43%. Ter filhos com idade menor ou igual a 14 anos mostrou significância ( $p=0,001$ ), associado a risco de não adesão 71% maior. Adesão aos psicofármacos ruim ou parcial tendeu à significância ( $p=0,066$ ) com má adesão (risco 33% maior de não adesão às AMPC), assim como número de internações psiquiátricas após CAPS ( $p=0,076$ ), numa associação cumulativa de 5% de não adesão a cada internação.

A adesão às AMPC foi baixa no estudo. É necessário considerar o ambiente no qual o indivíduo está inserido e investir na rede de apoio, orientando paciente e familiar sobre a importância das AMPC na reabilitação. Houve associação entre maior número de internações psiquiátricas e não adesão, sugerindo que os CAPS estão cumprindo seu papel preventor das mesmas.

**Palavras-chave:** Avaliação da tecnologia biomédica, serviços de saúde mental, transtornos mentais, reabilitação, socialização, equipe de assistência ao paciente, cooperação do paciente.

## ABSTRACT

Psychosocial Care Centers (CAPS) are mental health services aimed at social rehabilitation and reduction in hospitalization for severe and persistent mental disorders patients (TMSP). Multi-professional collective activities (AMPC) – therapeutic groups and workshops – are CAPS's main resocializer instruments. This dissertation is the result of the work developed in the Conceição Hospital Group (GHC) Health Technology Evaluation (ATS) Professional Masters for the Brazilian Unified Health System (SUS) and aimed at evaluate AMPC adherence and identify associated factors in GHC Nossa Senhora da Conceição Hospital (HNSC) CAPS II, located in north part of Porto Alegre City.

This is a transversal study and the sample consisted of 111 patients. Clinical, sociodemographic and treatment characteristics were evaluated through a questionnaire, and FAST, CGI-S and CGI-I scales were applied. We considered a patient as adherent if he or she was present in the AMPC at least 50% of the time (last three months). The data was analyzed with descriptive statistic, and the group comparison were performed by bivariate and multivariate statistical analysis using Poisson regression models with robust variance to estimate prevalence ration (PR).

AMPC adherence was 43%. Having a child with fourteen or less years old was statistically significant ( $p=0.001$ ), associated with non-adherence in 71% of the cases. Partial or weak psychopharmacological adherence tended ( $p=0.066$ ) to be associated with AMPC non-adherence. Number of psychiatric hospitalizations also showed a statistical tendency towards non-adherence, with a 5% cumulative correlation with each hospital stay.

We had a low AMPC adherence. It is imperative to consider the patient's environment and invest in social support network, through patient and family education about AMPC importance in rehabilitation. Psychiatric hospitalizations were associated with non-adherence, suggesting CAPS are working on hospitalization prevention.

**Keywords:** Technology assessment, mental health services, mental disorders, rehabilitation, socialization, patient care team, patient compliance.

## **1. APRESENTAÇÃO**

Trata-se de Trabalho de Conclusão de Curso do Programa de Pós-Graduação profissional em Avaliação e Produção de Tecnologias para o Sistema Único de Saúde (SUS) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). O corpo do trabalho apresenta Lista de figuras e tabelas, assim como Resumo e Abstract iniciais, seguido dos Objetivos (geral e específicos), da Introdução, de uma Revisão da Literatura pertinente ao tema dividida em sub itens e das Referências Bibliográficas. O produto final consiste num artigo científico original que se encontra no item 7. Por fim, estão as Conclusões e Considerações Finais e os Anexos, com a Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, os Questionários/Formulários e as Normas de publicação da revista escolhida, a Trends in Psychiatry and Psychotherapy.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo Geral**

Identificar o grau de adesão a atividades multiprofissionais coletivas e os fatores associados a essa adesão (características do paciente, do seu quadro clínico e tratamento e do serviço) de um CAPS II.

### **2.2. Objetivos Específicos**

- Investigar associações entre adesão às atividades multiprofissionais coletivas e características do paciente (variáveis sociodemográficas, apoio social, diagnóstico e características da doença, tratamento prévio, doenças clínicas e funcionamento psicossocial).
- Investigar associações entre adesão às atividades multiprofissionais coletivas e variáveis associadas ao contexto de tratamento do paciente.
- Investigar associações entre adesão às atividades multiprofissionais coletivas e variáveis associadas ao próprio serviço.
- Descrever as principais razões da não adesão às atividades multiprofissionais coletivas.

### 3. INTRODUÇÃO

Os CAPS surgiram como uma nova estratégia na política de saúde mental, com o objetivo de reduzir o número de internações psiquiátricas e propiciar a reabilitação social. São unidades de saúde que prestam atendimento regionalizado, com nível de atenção secundário. Caracterizam-se por dispor de equipe multiprofissional que faz atendimento compartilhado e complementar aos pacientes individualmente ou em grupo<sup>1,2,3</sup>.

Os CAPS atendem pessoas com transtornos mentais severos e persistentes (TMSP), caracterizados principalmente pelos transtornos psicóticos como a esquizofrenia<sup>2,3</sup>. Há prevalência de cerca de 3% desses quadros no Brasil, correspondendo a aproximadamente 5,5 milhões de pessoas<sup>4</sup>. São pacientes mentalmente muito adoecidos e usualmente com determinantes sociais graves, marcados pela incapacidade para as funções sociais. Usualmente, estão comprometidas a independência financeira e de moradia, o trabalho, a interação social, a motivação, a cognição. Como resultado, frequentemente os indivíduos evoluem para um estado de isolamento social e estigmatização<sup>5</sup>. Esse perfil de pacientes não vinha obtendo uma resposta adequada, principalmente em relação à ressocialização, com os tratamentos realizados em hospitais e ambulatórios, sendo a incapacidade seguidamente resistente ao uso de psicofármacos<sup>1,2,3</sup>. Para um atendimento mais eficiente, é preciso adotar uma abordagem psicossocial de ressocialização almejando a melhor autonomia possível<sup>4</sup>. A reinserção social dá-se através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários<sup>6</sup>.

Na busca da reabilitação, os CAPS contam com uma equipe multiprofissional que oferece espaços terapêuticos seguros de experimentação social aos pacientes. As ferramentas principais dessa abordagem são as atividades multiprofissionais coletivas (AMPC), representadas pelos grupos e oficinas. A socialização entre diferentes indivíduos acompanhada pelos profissionais de saúde auxilia no restabelecimento de uma nova rede social na qual o paciente possa se sentir seguro e satisfeito. Essa experiência serve como base para uma nova forma de se relacionar também em outros espaços<sup>7</sup>.

Apesar de a assistência à saúde mental implementada pelos governos no Brasil nas últimas décadas ser baseada nos CAPS, a eficácia dos mesmos enquanto serviços de reabilitação e reinserção social ainda precisa ser melhor demonstrada. Mesmo assim, os CAPS são foco de grande investimento pelos municípios e concentram grande parte dos recursos humanos em saúde mental. Fazem-se necessárias diretrizes que especifiquem o perfil do paciente atendido (TMSP), uniformizem uma lista de intervenções oferecidas e colaborem para criar indicadores de funcionamento para a avaliação do desempenho desses serviços. A falta de informações objetivas sobre qualidade e a resolutividade dos atendimentos prestados nos CAPS e da reabilitação preconizada com o uso da tecnologia das AMPC levanta diversos questionamentos: o que é feito, onde, para quem e de que forma usam, por que, como, a que custo e com quais resultados<sup>8</sup>.

O questionamento da efetividade e resolutividade de problemas faz dos CAPS importante novo território de pesquisa no âmbito das políticas públicas e da avaliação de serviços de saúde mental. Apesar dessa clara pertinência dentro do cenário de saúde pública nacional, observa-se um corpo de literatura ainda em construção sobre o funcionamento dos CAPS, o que justifica o investimento em pesquisa sobre esse tema<sup>9</sup>. Numa consulta, de dezembro de 2017, no Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com o termo “centro de atenção psicossocial”, foram encontrados 354 estudos.

Um estudo publicado em 2012 analisou a produção científica sobre os CAPS identificando 68 referências. A imensa maioria era qualitativa (95,5%), sendo identificados apenas dois estudos quantitativos (3%). Com relação aos autores, 50% eram da área da enfermagem, 16,5% da psicologia e 8,5% da medicina. Os temas abordados em ordem decrescente foram análise da nova proposta assistencial de saúde mental - Reforma Psiquiátrica (23%), análise dos profissionais sobre o serviço (17%), análise das práticas dos CAPS (14,5%), identificação das relações entre usuários, familiares e CAPS (13,5%), visão do paciente sobre a doença, o tratamento e o CAPS (11%), redes em saúde mental (3,5%), análise das práticas no CAPS (14,5%), sendo que apenas dois estudos analisaram a efetividade da prática de grupo terapêutico, e perfil dos usuários (3,5%). Não foram identificados estudos focando especificamente a adesão dos

pacientes às atividades multiprofissionais coletivas (AMPC) que compõem o cotidiano de tratamento no CAPS<sup>10</sup>.

A motivação para esse estudo surge pela importância do tema da reabilitação em saúde mental para a melhor qualidade de vida dos pacientes e seus familiares. Os CAPS, com sua proposta de atenção conjunta interdisciplinar e sobretudo através da tecnologia das AMPC, despontam como serviços voltados para essa reabilitação. Contudo, ainda existe uma lacuna de informações claras sobre o seu funcionamento e efetividade. Como está sendo a frequência dos pacientes? Quais são possíveis fatores que influenciam a adesão às AMPC? As AMPC estão sendo eficazes na reabilitação?

Na literatura, não existe uma definição clara sobre o conceito de adesão ao tratamento em grupos. Comparecer a atividades coletivas semanais é um processo complexo e representa um desafio para pacientes com adoecimento mental severo e vulnerabilidades sociais importantes. Adesão é definida, no presente estudo, como a presença do paciente a, no mínimo, metade dos encontros propostos em seu plano terapêutico individualizado. Com base na prática clínica, considera-se este um envolvimento mínimo com a atividade para obtenção de ganhos terapêuticos. A definição de um ponto de corte mais elevado classificaria uma minoria de indivíduos como aderentes e não refletiria a impressão clínica do paciente aderente às AMPC.

Apesar da escassez de dados científicos referentes à adesão dos pacientes às AMPC, a partir da experiência clínica no contexto da saúde mental, existe a hipótese de que uma grande parcela dos pacientes de CAPS não adere, ou adere pouco (menos de 50% das vezes), às AMPC (oficinas e grupos terapêuticos). Os profissionais percebem uma resistência dos pacientes a sair do modelo ambulatorial de atendimento em saúde, com consequente má adesão às oficinas e grupos terapêuticos, em comparação com a frequência nas consultas psiquiátricas e no uso de psicofármacos. Havia a hipótese de que pacientes melhor estabilizados do quadro clínico, com melhor funcionamento psicossocial, mais escolarizados, com maior renda, recebendo passagem gratuita e com melhor rede de apoio apresentariam melhor adesão às AMPC propostas pelo CAPS. O resultado da má adesão às AMPC pode repercutir na falha em atingir a reabilitação psicossocial desejada.

Partindo do pressuposto de que os CAPS favorecem a reabilitação psicossocial, o objetivo do estudo foi avaliar o grau de adesão às AMPC de pacientes em tratamento ativo em um CAPS e seus fatores associados. Também foram investigados os motivos relatados pelos pacientes para as faltas e diversas variáveis possivelmente associadas, como características do paciente e seu adoecimento, contexto de tratamento e características do próprio serviço. Identificar fatores de risco auxilia na definição de novas estratégias para favorecer a adesão com consequente potencialização da ação reabilitadora dessa importante ferramenta terapêutica.

## **4. REVISÃO DA LITERATURA**

### **4.1 Contexto Histórico da Doença Mental**

O entendimento e a forma de lidar com a doença mental tem se modificado ao longo da história conforme os avanços científicos e os valores e crenças de uma época e local. Historicamente, o doente mental é visto com preconceito pela sociedade, em função do seu comportamento incomum. Por sua vez, os sintomas psiquiátricos, sobretudo nos quadros mais severos, comprometem de fato as habilidades e o convívio social do doente. Nesse contexto, surgiram instituições asilares para o cuidado, proteção, assim como o afastamento do convívio comum dessas pessoas. Esses locais foram os precursores dos hospitais psiquiátricos criados posteriormente<sup>6</sup>.

A modificação do cenário de isolamento institucional do doente mental inicia na década de 50 do último século, com o surgimento dos antipsicóticos. Essas medicações proporcionaram um melhor controle sintomático sobre os transtornos psiquiátricos, viabilizando o retorno de muitos pacientes ao convívio familiar<sup>6</sup>. Contudo, o tratamento ainda ocorria em hospitais e ambulatórios psiquiátricos, centralizado agora no uso de psicofármacos. Os aspectos psicossociais, o direito à cidadania, assim como o envolvimento de outros profissionais da saúde era incipiente e não haviam políticas de saúde pública específicas, o que impedia a reinserção social<sup>4,9</sup>.

Os doentes mentais graves eram frequentemente abandonados pelos familiares nos hospitais psiquiátricos, onde residiam e eram, muitas vezes, vítimas de maus tratos e negligência pela própria instituição. Frente a esse ataque aos direitos humanos, as ciências humanas (sociologia, ciência política, antropologia) em conjunto com outras áreas da saúde (psicologia, terapia ocupacional, assistência social) passaram a questionar todo o modelo de tratamento em saúde mental. Foi o surgimento do movimento antimanicomial, que culminou com o fechamento de hospitais psiquiátricos<sup>11</sup>.

O tratamento centrado na doença e na medicação em hospitais psiquiátricos não foi suficiente para a reabilitação psicossocial dos doentes mentais graves. Os aspectos psicossociais da saúde estão relacionados a fatores sociais, econômicos, de moradia, de trabalho, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e

comportamentais. Pensando nisso, surgiu um modelo de saúde mais abrangente e de atenção continuada para problemas de saúde mental, em especial para os transtornos graves e crônicos<sup>12</sup>. O resultado é a elaboração de novas abordagens terapêuticas que englobem a dimensão psicossocial do doente mental e a necessidade de inclusão social. A reabilitação psicossocial aparece como o paradigma deflagrador desta nova forma de cuidados em saúde mental que leva em consideração os desejos e vontades dos pacientes e seus familiares, respeita suas subjetividades, e estimula a cidadania e a autonomia<sup>4</sup>.

No Brasil, a atual Política de Saúde Mental se baseou nos princípios da Declaração de Caracas (dezembro de 1991) de garantia dos direitos civis dos pacientes, descentralização da rede de cuidados, proteção dos que ainda estão em hospitais psiquiátricos e desenvolvimento de uma rede de serviços diversificada e eficiente<sup>11,13</sup>. A Lei 10.216, de 2001, surgiu ao encontro desse propósito ao dispor sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionar o modelo assistencial em saúde mental. Segundo ela, o tratamento deve ser minimamente invasivo, em serviços comunitários de saúde mental, tendo como finalidade a reinserção social do paciente em seu meio. A internação só deve ser indicada quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes. Os principais objetivos são reduzir os leitos psiquiátricos e qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar<sup>4,14</sup>.

Os novos desafios em relação à assistência dos pacientes psiquiátricos envolve a avaliação científica da efetividade da atual política de saúde mental. São necessários estudos que analisem se a rede extra hospitalar está fluindo e propiciando o suporte e a resolução de problemas necessários aos pacientes, se a lógica de prevenção de internações vem sendo efetiva, e se os CAPS são de fato capazes de promover a reabilitação psicossocial. Por fim, avaliar quais são os reais benefícios, ou possíveis malefícios, para os pacientes com as mudanças na assistência em saúde mental<sup>8</sup>.

#### **4.2 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)**

Os CAPS surgiram como peça chave de uma nova política de atendimento em saúde mental no Brasil visando melhorar a assistência. Apesar de o primeiro CAPS ter sido inaugurado em 1986, eles foram oficializados somente a partir da

Portaria nº 224/MS de 1992 e, atualmente, são regulamentados pela Portaria nº 336/GM/MS, de 2002. Preconizados como unidades de saúde regionalizadas, prestadoras de cuidado de nível intermediário entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, são compostos por equipe multiprofissional. São divididos em subtipos de acordo com o perfil e a abrangência da população atendida: CAPS I, II e III e CAPSi e ad. Os CAPS II, foco deste estudo, atendem adultos de uma população entre 70.000 e 200.000 habitantes, e funcionam das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira<sup>1,2,3</sup>.

Os CAPS prestam atendimento a pessoas com transtornos mentais severos e persistentes (TMSP), de forma regionalizada, visando oferecer cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial. O foco central deixa de ser o tratamento ambulatorial de uma doença psiquiátrica para investir esforços na reinserção social (levando em conta os relacionamentos afetivos, sociais, familiares e comunitários) e na prevenção de internações do indivíduo e a institucionalização. Para oferecer esse cuidado integral, os CAPS realizam atendimentos individuais (com psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros e outros), grupos e oficinas diversos, ambiência, visitas domiciliares, administração e dispensação de medicações, entre outros<sup>1,4</sup>.

#### **4.3 Transtornos Mentais Severos e Persistentes (TMSP)**

Os distúrbios mentais têm elevada prevalência, representando um desafio na saúde mental global. Tendem à cronicidade com um impacto negativo na qualidade de vida do indivíduo e de seus familiares<sup>15</sup>. Segundo a OMS, os transtornos mentais e comportamentais respondem por 12% do total de doenças na população, afetando indivíduos em todo o mundo, independente do desenvolvimento do país<sup>16</sup>. A prevalência global de esquizofrenia é de 1%, dos transtornos de humor bipolares de 3% a 6% e da depressão unipolar de cerca de 10%<sup>6</sup>. Um estudo avaliando a prevalência de diagnósticos psiquiátricos no Brasil encontrou o índice de 61% em Brasília, de 35% em São Paulo e de 52% em Porto Alegre<sup>17</sup>. Cabe ressaltar que mais de 10 milhões de brasileiros requerem tratamento especializado em saúde mental<sup>18</sup>. O Ministério da Saúde (MS) classifica os transtornos mentais em três grandes grupos: transtornos mentais severos e persistentes (TMSP); transtornos psiquiátricos decorrentes do

uso de álcool e outras drogas; transtornos depressivos, ansiosos e alimentares. Os últimos acometem cerca de 12% da população brasileira e têm indicação de tratamento ambulatorial. O MS indica, através de suas portarias (224/MS e 336/MS), que o perfil de pacientes elegíveis para atendimento nos CAPS são os com TMSP<sup>2,3</sup>. Há prevalência de cerca de 3% desses transtornos no país, correspondendo a aproximadamente 5,5 milhões de pessoas<sup>4</sup>.

Transtorno mental severo (ou grave) e persistente é um termo amplamente utilizado nas portarias e na literatura de saúde mental, sendo, atualmente, de uso preferencial em detrimento à antiga denominação de pacientes “crônicos”. Paradoxalmente, ainda não há um consenso claro sobre sua definição, uma vez que estariam associados a múltiplos fatores, tais como: a duração dos problemas mentais, o grau de sofrimento emocional, o nível de incapacidade que interfere nas relações interpessoais e nas competências sociais e o diagnóstico psiquiátrico<sup>4</sup>. É em grande parte composto pelos transtornos psicóticos, sendo a Esquizofrenia a principal doença em virtude de sua maior prevalência, de seu curso longo e persistente e de seu potencial estigmatizante<sup>4,6</sup>. Também contempla os transtornos esquizoafetivos, as psicoses associadas aos transtornos de humor e outras psicoses<sup>4</sup>.

Um estudo italiano de 2006 avaliou a validade do uso da expressão TMSP para predizer os doentes mentais mais graves, com resultados superiores ao uso isolado do diagnóstico clínico. A definição de TMSP foi associada à duração da doença (maior que 2 anos) e à incapacidade com relação a sintomatologia, indicadores de prognóstico, suporte social e autonomia<sup>19</sup>.

O adoecimento mental, em geral, tende a provocar maior incapacidade do que outras doenças físicas crônicas, uma vez que se relaciona a diferentes aspectos clínicos e psicossociais. Os maiores custos indiretos da doença estão relacionados à incapacidade. Pacientes com TMSP apresentam mortalidade precoce devido a multimorbidades clínicas (obesidade, doença cardiovascular, diabetes, síndrome metabólica) e seu diagnóstico tardio, efeitos adversos dos psicotrópicos, tabagismo, sedentarismo, acesso limitado a serviços de saúde<sup>5,20</sup>. Outro fator associado é o suicídio, que vem aumentando, principalmente entre os jovens, e representa 10.000 mortes/ano no Brasil<sup>4</sup>.

Dentre todas as doenças, a esquizofrenia é uma das mais incapacitantes, comprometendo também uma variedade de domínios funcionais. A incapacidade para as funções do dia a dia é penetrante, multicausal e refratária aos tratamentos medicamentosos atuais. Estão afetados a independência e a capacidade quanto à moradia, trabalho e interação social, assim como o desempenho de habilidades como a motivação e o reconhecimento de diferentes situações sociais. Da mesma forma, a função cognitiva e a cognição social das percepções e interações psicossociais são falhos. Em relação aos fatores ambientais e sociais, a incapacidade se traduz através de desvantagens financeiras, do estigma e do isolamento social característicos na doença mental<sup>5</sup>.

Os sintomas clínicos dos transtornos psiquiátricos também são geradores de incapacidades, como os sintomas negativos e depressivos. Existe uma falta de motivação para o contato social, com anedonia antecipatória, na qual a capacidade de obter prazer está preservada, mas não a memória das fontes de prazer para permitir repeti-las. A psicose, por sua vez, nem sempre está relacionada a incapacidade, sendo que pacientes com psicose residual são capazes de apresentar bom funcionamento<sup>5</sup>.

Nos TMSP os custos pessoais, sociais e econômicos são elevados, e a resposta das medicações é limitada, por isso há necessidade de atendimento intenso e contínuo em serviços de maior complexidade na área de saúde mental<sup>4,20</sup>. Para a atenção em saúde desses pacientes ser eficiente, é preciso adotar uma abordagem psicossocial de ressocialização, sendo essencial contar com equipes multidisciplinares compostas por profissionais de saúde de diferentes formações. Por essa razão os CAPS são os locais preconizados para o cuidado desta população<sup>4</sup>. Os transtornos mentais são recorrentes, exigem tratamento na crise, de manutenção e prevenção, resultando em tratamentos prolongados<sup>15</sup>. O cuidado deve ter o objetivo de produzir maior autonomia, qualidade de vida, aumento da capacidade de gerenciamento da própria vida e melhora das relações sociais, ou seja, promover a reabilitação psicossocial<sup>4</sup>.

#### **4.4 Reabilitação Psicossocial e Atividades Multiprofissionais Coletivas**

A Associação Internacional de Reabilitação Psicossocial definiu, em 1985, reabilitação psicossocial como o processo de facilitar ao indivíduo com limitações a restauração no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade. É uma terapêutica que reforça as partes sadias e as potencialidades do indivíduo através de uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreativo<sup>21</sup>. A OMS, em 1987, chamou reabilitação psicossocial como “o conjunto de atividades capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitadores da cronificação das doenças através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários”<sup>22</sup>. Para Saraceno, reabilitação psicossocial é um conceito complexo que contempla três vértices da vida: casa, trabalho e lazer. Objetiva resgatar a singularidade, a subjetividade e o respeito do doente mental, proporcionando melhor qualidade de vida<sup>7</sup>. Para isso, é importante uma compreensão da integralidade do indivíduo<sup>23</sup>. A diversidade de fatores a serem trabalhados na reabilitação psicossocial corresponde à variedade de aspectos existentes na vida de uma pessoa<sup>7</sup>.

Processo de recuperação ou reabilitação é a reconstrução de uma vida com significado apesar da presença de problemas de saúde mental residuais. É baseada na ideia de auto determinação e autonomia do indivíduo. Enfatiza a importância da esperança para a motivação e a expectativa de uma vida rica e preenchida<sup>24</sup>.

A reabilitação psicossocial demanda intervenções que reduzam as incapacidades funcionais, resultantes do adoecimento mental, que limitam a independência da pessoa. Tem o objetivo de promover a recuperação, dando oportunidade de trabalhar, viver e aproveitar a vida social na comunidade. Seu foco recai sobre o tratamento das consequências da doença mental (incapacidade), no seu impacto total, em vez de apenas na doença em si. A expectativa é de melhora substancial em um prazo curto a médio, contudo, a recuperação é um processo complexo que consome tempo<sup>25</sup>.

Reabilitação psicossocial é uma manobra terapêutica que encoraja a pessoa que vive com doença mental a desenvolver sua melhor capacidade através do

aprendizado e suporte ambientais<sup>25</sup>. A busca por maior autonomia ou pela autonomia possível faz parte da reabilitação e consiste num dos objetivos no tratamento nos CAPS. Goldberg fala de “uma autonomia possível em relação aos constrangimentos da doença”<sup>26</sup>. Esta autonomia possível pode ter diferentes conotações para cada paciente, não sendo redutível a padrões gerais de desempenho social. Não significa a busca de autossuficiência ou mesmo padrões sociais previamente estabelecidos de independência, como autocuidado ou independência financeira. Os CAPS visam fornecer a atenção psicossocial integral para dar suporte ao paciente na busca de uma autonomia possível<sup>4</sup>.

Espera-se que os CAPS possam oferecer, em conjunto com a medicação, subsídios para que se atinja uma estabilidade do quadro, através da qual novos padrões de organização para a vida se estabeleçam, facilitando a inserção social e desenvolvimento de potencialidades antes encobertas pelo transtorno mental. Através do aumento das habilidades pessoais, diminuem as deficiências e os danos da doença. A reabilitação é um processo de aprendizagem para o exercício da cidadania<sup>7</sup>. Os CAPS visam recuperação pela reinserção, a reabilitação psicossocial, compreendendo trabalho, lazer, exercício de direitos civis, construção ou reconstrução de laços familiares e comunitários<sup>10</sup>.

Aqui se define as atividades terapêuticas realizadas por diferentes profissionais da saúde mental com um grupo de pacientes como atividades multiprofissionais coletivas (AMPC), as quais são representadas pelas oficinas e grupos de um CAPS. As AMPC representam estratégias de cuidado, interação e socialização com potencial para promover a reabilitação psicossocial. A interação de diferentes pessoas em um ambiente terapêutico seguro e com o auxílio de profissionais de saúde faz das AMPC o espaço mais potente dentro dos CAPS para o objetivo da reabilitação. O apoio sentido pelo restabelecimento de uma rede social faz com que a pessoa acredite na sua capacidade, saia da inércia e enfrente as dificuldades<sup>7</sup>.

Dentro do CAPS, nas AMPC, ocorre um elevado nível de compreensão, suporte e aceitação entre os pacientes, com troca de experiências sobre viver com a doença e o tratamento. São feitas novas amizades que promovem a aceitação, nas quais os indivíduos sentem-se respeitados e não desvalorizados

por terem um transtorno mental. Surgem relacionamentos de qualidade, com trocas igualitárias<sup>27</sup>. Pessoas com mais vivência, que tenham aprendido a melhor lidar com sua doença, podem auxiliar outras em seu processo de reabilitação. Essa socialização entre iguais alivia a solidão e o isolamento através da empatia e compreensão da situação do outro a partir de experiências de sofrimento psicológico e emocional compartilhadas<sup>27,28</sup>.

Solidão e exclusão social representam um grande problema na população com adoecimento mental<sup>27</sup>. Pacientes que comparecem a serviços de reabilitação psicossocial regularmente sentem-se mais contentes com seus relacionamentos próximos e significativamente menos sozinhos do que os que não comparecem<sup>29</sup>. Isso sugere que o serviços de reabilitação psicossocial são efetivos em ajudar as pessoas a superar o isolamento e a lidar com o transtorno mental<sup>29</sup> e mostra a importância dos mesmos na integração do sistema de saúde<sup>30</sup>.

Sobre a reinserção psicossocial, foram identificados alguns estudos qualitativos focados na análise dos espaços oferecidos nos CAPS. Marzano et al. e Nasi et al. avaliaram a opinião de pacientes sobre o tratamento recebido e concluíram que o espaço social dos CAPS faz parte do cotidiano dos pacientes, possibilita mudanças na vida e promove autonomia e reabilitação psicossocial<sup>31,32</sup>. Azevedo et al., descreveram uma experiência positiva de inclusão no mercado de trabalho através de curso e projeto cultural<sup>33</sup>. Em contrapartida, Paranhos-Passos et al., analisando a visão de pacientes, apontaram que o CAPS não proporciona plena reinserção social, uma vez que, fora do seu ambiente acolhedor, os pacientes sofrem preconceito e usualmente não estão inseridos no mercado de trabalho<sup>34</sup>. Na mesma linha, Moll et al. mostraram que, apesar de a terapêutica do CAPS promover adesão ao tratamento e redução das internações psiquiátricas, são necessárias parcerias junto à atenção básica e à comunidade para ampliar intervenções socializantes<sup>35</sup>.

#### **4.5 Adesão ao Tratamento**

Adesão ao tratamento é definida como o grau em que o comportamento de um paciente (tomar medicações, seguir dietas, participar de grupos) corresponde e concorda com as recomendações de um médico (ou de outro profissional de saúde) acordadas em conjunto com o próprio paciente<sup>6</sup>. Segundo a OMS, a adesão ao tratamento em doenças crônicas é um processo comportamental complexo associado a múltiplos elementos, entre eles: sistema e equipe de saúde, paciente, doença, tratamento, fatores socioeconômicos<sup>36</sup>. Define-se adesão como a utilização dos medicamentos prescritos, ou outros procedimentos, em pelo menos 80% de seu total, observando horários, doses, tempo de tratamento, ou lacunas de tomada de 7 dias ou mais<sup>37,38</sup>.

A falta de adesão é um problema mundial em todas as patologias. Isso torna o estudo do tema pertinente uma vez que da adesão ao tratamento depende o sucesso da terapia proposta, a cura de uma enfermidade, o controle de uma doença crônica ou a prevenção de uma patologia<sup>38</sup>. Identificar fatores de risco para a não adesão é o primeiro passo para criar estratégias de intervenção voltadas para reduzir esse fenômeno de causa multifatorial<sup>39</sup>. A imensa maioria dos estudos investiga a adesão em relação ao tratamento medicamentoso. Nem todos os conceitos e fatores associados se valem para a adesão a grupos, mas existem alguns consensos gerais.

Nos pacientes com TMSP, a não adesão medicamentosa tem elevada prevalência e consequências clínicas potencialmente graves e de alto custo, além de ser a principal causa de morbidade psiquiátrica<sup>40</sup>. No tratamento de transtornos mentais (e outras doenças crônicas), a não-adesão ao tratamento ocorre em cerca de 50% dos casos<sup>40,41</sup>. Outros estudos estimam uma adesão aos psicofármacos de 65% em comparação com 76% das medicações clínicas, sugerindo que os doentes psiquiátricos tenham pior perfil de adesão<sup>42</sup>. Um estudo em CAPS identificou adesão medicamentosa de 32%<sup>43</sup>, enquanto outro de apenas 12%<sup>44</sup>. A adesão protege para recaídas, hospitalizações, idas à emergência psiquiátrica, suicídio, pior prognóstico, comportamento de risco, violência, uso de drogas e álcool, insatisfação com a vida, dentre outras adversidades<sup>45</sup>.

A literatura sobre adesão aos psicofármacos em doentes mentais relata inúmeros fatores relacionados: características pessoais, demográficas, uso de drogas, psicopatologia, capacidade de *insight*, reações adversas, complexidade do regime terapêutico, relação custo-benefício (tratamento-doença), suporte familiar, aliança terapêutica, apoio social, papéis dos sujeitos envolvidos <sup>43,46</sup>.

Um estudo identificou o perfil do indivíduo esquizofrênico não aderente: homem, mais jovem, menos tempo de doença, déficit cognitivo, dificuldades financeiras e menor nível educacional. Outros fatores do paciente foram consumo de álcool e drogas, não adesão prévia, atitude negativa e resposta subjetiva ruim ao tratamento, percepção de pouco benefício, crença de que a medicação não é mais necessária, vergonha com a doença/tratamento<sup>45</sup>.

Em relação aos sintomas psicopatológicos, delírios de perseguição/grandeza, sintomas psicóticos, sintomas negativos, pobre *insight* e déficit cognitivo estão associados a não adesão, assim como a gravidade da doença psiquiátrica<sup>45,47</sup>. Fatores de risco ambientais são pobre suporte familiar e social, morar sozinho, percepção social negativa da doença, estigmatização e dificuldade no acesso a serviços de saúde<sup>45</sup>. Sobre o médico, pobre relação médico-paciente, falta de psicoeducação e de informações aos pacientes e familiares, pouco contato com o terapeuta, alta hospitalar sem plano terapêutico de seguimento adequado são apontados como fatores de risco para adesão<sup>44,45,48</sup>. Por sua vez, os fatores relacionados ao contexto de tratamento são eficácia inadequada com sintomas persistentes, reduzido acesso aos medicamentos, medo de sintomas adversos, posologia complexa, pobre adesão via oral em relação a intramuscular<sup>44,45,47</sup>. Efeitos adversos da medicação é um dos fatores mais associado à falta de adesão<sup>43,44,46,47</sup>.

Um estudo avaliou os motivos da não adesão medicamentosa em um CAPS, sendo os principais motivos relatados: esquecimento (69%), sentir-se mal após a ingestão de medicamentos (54%), não ter dinheiro para comprar medicamentos (44%), não encontrar os medicamentos no serviço público de saúde (40%), e medo dos danos causados pelos medicamentos (29%). O mesmo trabalho apontou que mais de 80% dos pacientes não conheciam suas doenças e seus tratamentos, não se sentiam bem quando usavam medicamentos e os usavam de forma incorreta<sup>44</sup>.

Algumas características da adesão ao tratamento são pertinentes no contexto da saúde mental. Primeiramente, o grau de adesão não é uma variável estanque, podendo se modificar durante a evolução da patologia e tratamento do paciente<sup>39</sup>. O tratamento a longo prazo, necessário aos pacientes com TMSP, representa por si só um desafio para o indivíduo conseguir completar o plano terapêutico. Ao mesmo tempo que a manutenção do tratamento é essencial tanto para a redução de sintomas, quanto para prevenir a cronificação da doença<sup>15</sup>. Por fim, em relação a adesão a consultas individuais em saúde mental, um estudo identificou que 19,2% das visitas agendadas foram perdidas, afetando mais da metade dos pacientes<sup>49</sup>.

A literatura sobre adesão medicamentosa em saúde mental é abrangente e existem alguns estudos específicos em relação aos CAPS. Em contrapartida, apesar de as AMPC aparecerem como a principal tecnologia voltada para a reabilitação dos pacientes com TMSP e representarem o maior diferencial dos modelos de atendimento anteriores (ambulatórios e internações pouco efetivos para a ressocialização), não foram encontrados estudos que avaliem o grau de adesão às mesmas e os possíveis fatores associados nos CAPS. Os achados relacionados à adesão medicamentosa não podem simplesmente ser transpostos para a adesão às AMPC por se tratarem de abordagens terapêuticas com diferentes particularidades, apesar de algumas aproximações. Enquanto questões financeiras, esquecimento, desinformação, apoio social, aliança terapêutica, gravidade sintomática podem estar associados a ambos, posologia complexa, efeitos adversos e medo dos danos não justificam faltas às AMPC. Novos fatores podem aparecer em relação à adesão aos grupos e oficinas.

Um trabalho recente analisou a aplicabilidade do conceito de adesão ao tratamento no contexto de saúde mental do Brasil e as pesquisas nesta área. Os autores não identificaram estudos com foco na adesão ao tratamento de reabilitação psicossocial oferecido na saúde mental pública através das AMPC. Concluíram que, em geral, os estudos sobre a adesão ao tratamento no contexto da saúde mental se referem exclusivamente ao tratamento medicamentoso. Concluem que ainda pouco se investiga sobre a complexidade do tratamento oferecido pelos CAPS, de forma interdisciplinar voltados para um regime terapêutico individualizado<sup>15</sup>.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) [internet]. 2004 [cited 2017 Dec 17] [http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf)
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria/SNAS nº 224 (Jan 29, 1992).
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 336 (Fev 19, 2002).
4. Brasil, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS): Diretrizes Assistenciais em Saúde Mental na Saúde Suplementar [internet]. 2008 [cited 2017 Dec 17] [http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano\\_de\\_saude\\_e\\_Operadoras/Area\\_do\\_consumidor/diretrizes\\_assistenciais.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_do_consumidor/diretrizes_assistenciais.pdf)
5. Harvey PD, Strassing M. World Psychiatry. Predicting the severity of everyday functional disability in people with schizophrenia: cognitive deficits, functional capacity, symptoms, and health status. 2012 Jun;11(2):73-79.
6. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry – Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
7. Lussi IAO, Pereira MAO, Pereira Junior A. A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização? Rev Latino-am Enfermagem. 2006;14(3):448-56.
8. Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Associação Médica Brasileira (AMB), Conselho Federal de Medicina (CFM), Federação Nacional de Médicos (FENAM). Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil [internet]. 2014 [cited 2017 Dec 17] <http://www.abp.org.br/portal/wp-content/upload/2014/10/diretrizes.pdf>
9. Onocko-Campos RT, Furtado JP: Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. Cad. Saúde Pública. 2006; 22(5):1053-1062.
10. Cordeiro LRO, Oliveira MS, Souza RC. Produção científica sobre os Centros de Atenção Psicossocial. Rev Esc Enferm USP. 2012; 46(1):119-23.

11. Santo WE, Araújo IS, Amarante P: Comunicação e saúde mental: análise discursiva de cartazes do movimento nacional de luta antimanicomial do Brasil. *Hist Cienc Saúde Manguinhos*. 2016;23(2): 453-71.
12. Buss PM, Filho AP: A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*. 2007;17(1): 77-93.
13. Mateus M, Mari J, Delgado PG, Almeida-Filho N, Barrett T, Gerolin J, et al. The mental health system in Brazil: Policies and future challenges. *Int J Ment Health Syst*. 2008 Sep 5;2(1):12.
14. Brasil. Presidência da República. Casa Civil: Lei N° 10.216 (Apr 6, 2011).
15. Alvarez PE, Rosendo E, Alchieri JC. The applicability of the concept of treatment adherence in the context of the Brazilian mental health system. *Rev Esc Enferm USP*. 2016 Jun;50 Spec:54-60.
16. Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo - Saúde mental: Nova concepção, Nova esperança [internet] 2002 [cited 2017 Dec 17] [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_djmessage\\_po.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf)
17. Andreoli SB, Almeida Filho N, Coutinho ESF, Mari JJ. Identificação de casos psiquiátricos em estudos epidemiológicos multifásicos: métodos, problemas e aplicabilidade. *Rev Saúde Pública*. 2000;34:475-83.
18. Mari JJ, Jorge MR, Kohn R. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos em adultos. In: Mello MF, Mello AA., Kohn R, editors. *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil*. Porto Alegre: ArtMed; 2007. p. 119-141.
19. Parabiaghi A, Bonetto C, Ruggeri M, Lasalvia A, Leese M. Severe and persistent mental illness: a useful definition for prioritizing community-based mental health service interventions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006 Jun;41(6):457-63.
20. Bible LJ, Casper KA, Seifert JL, Porter KA. Assessment of self-care and medication adherence in individuals with mental health conditions. *J Am Pharm Assoc* (2003). 2017 May - Jun;57(3S):S203-S210.
21. Guerra AMC. Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre o controverso conceito e seus possíveis paradigmas. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund*. 2004;7(2): 83-96.
22. Pitta AMF. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: Pitta AMF. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996; p.19-26.

23. Saraceno BA. Reabilitação como cidadania. Rio de Janeiro: Te Corá, 1999; p.111-42.
24. Repper J, Perkins R. Recovery and social inclusion [internet]. [cited 2017 Dec 17]. <http://media.axon.es/pdf/82706.pdf>
25. Mental Health Coordinating Council. Social inclusion: its importance to mental health [internet]. 2007 [cited 2017 Dec 17]. <http://www.mhcc.org.au/media/5649/mhcc-social-inclusion.pdf>
26. Goldberg J. Clínica da Psicose: um projeto na rede pública. 2nd ed. Rio de Janeiro: Te Corá; 1994.
27. Salles MM, Barros S. Inclusão social de pessoas com transtornos mentais: a construção de redes sociais na vida cotidiana. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013;18(7):2129-2138.
28. Davidson L, Chinman M, Sells D, Rowe M. Peer support among adults with serious mental illness: a report from a field. *Schizophr Bull*. 2006; 32(3):443-450.
29. Elisha D, Castle D, Hocking D. Reducing social isolation in people with mental illness: the role of the psychiatrist. *Australian Psychiatry*. 2006; 14(3):281-284.
30. Elisha D, Castle D, Hocking B. Reducing social isolation in people with mental illness: the role of the psychiatrist. *Australas Psychiatry*. 2006 Sep;14(3):281-4.
31. Marzano MLR, Sousa CAC. O Espaço social do CAPS como possibilitador de mudanças na vida do usuário. *Texto contexto enferm*. 2004;13(4):577-584.
32. Nasi C, Schneider JF. O Centro de Atenção Psicossocial no cotidiano dos seus usuários. *Rev Esc Enferm USP*, 2011; 45(5):1157-63.
33. Azevedo EB, Ferreira Filha MO, Silva PMC, Silva VCL, Dantas TRS. Práticas intersectoriais que favorecem a integralidade do cuidado nos centros de atenção psicossociais. *Rev Gaucha Enferm*, 2012;33(1):93-99.
34. Paranhos-Passos F, Aires S. Reinserção social de portadores de sofrimento psíquico: o olhar de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *Physis*, 2013;23(1):13-31.
35. Moll MF, Saeki T. A vida social de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, usuáries de um centro de atenção psicossocial. *R Latino- Am Enf*, 2009;17(6):995-1000.
36. Gusmão JL, Mion Jr. D. Adesão ao tratamento – conceitos. *Rev Bras Hipertens*. 2006;13(1):23-25.

37. Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, Scott J, Carpenter D, Ross R, et al. The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. *J Clin Psychiatry* 2009; 70 Suppl 4: 1-46; quiz 47-48.
38. Leite, SN, Vasconcellos, MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência & Saúde Coletiva* 2003;8(3):775-782.
39. Kane JM. Compliance issues in outpatient treatment. *J Clin Psychopharmacol* 1985; 5: 22S-27S.
40. Lacro JP, Dunn LB, Dolder CR, Leckband SG, Jeste DV. Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *J Clin Psychiatry* 2002;63: 892-909.
41. World Health Organization (WHO). Adherence to long term therapies: evidence for action [internet]. 2003 [cited 2017 dec 17] [http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_full\\_report.pdf](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf)
42. Cramer JA, Rosenheck R. Compliance with medication regimens for mental and physical disorders. *Psychiatr Serv*. 1998 Feb;49(2):196-201.
43. Zago AC. Adesão ao tratamento medicamentosos dos usuários dos CAPS em Pelotas, RS, com transtornos de humor e esquizofrenia [dissertation]. Pelotas (RS): Universidade Católica de Pelotas, 2009.
44. Souza TT, Silva WB, Onofre ASC; Quintans JSS; Onofre FBM, Quintans-Júnior LJ. Evaluation of adherence to treatment by patients seen in a psychosocial care center in northeastern Brazil. *Braz J Pharm Sci*, 2011;47(4):787-95.
45. Acosta FJ, Hernández JL, Pereira J, Herrera J, Rodríguez CJ. Medication adherence in schizophrenia. *World J Psychiatry*. 2012 Oct 22;2(5):74-82.
46. Cardoso LA, Galera SAF. Adesão ao tratamento psicofarmacológico. *Acta Paul Enferm*, 2006;19(3):343-8.
47. Freire EC, Feijó CFC, Fonteles MMF, Soares JES, Carvalho TMJP. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários com transtorno do humor de CAPS do nordeste do Brasil. *Rev ciênc farm básica apl*, 2013;34(4): 565-70.
48. Thompson L, McCabe R. The effect of clinician-patient alliance and communication on treatment adherence in mental health care: a systematic review. *BMC Psychiatry* 2012 Jul 24;12:87.

49. Steiner E, Alexander E, Höfer C, Schaffer K. The efficacy of an individualized treatment schedule to maintain treatment adherence in an urban community mental health center . Psychiatr Prax. 2001 Sep;28(6):278-83.

## **6. ARTIGO**

Os resultados desta pesquisa foram discutidos em um artigo elaborado conforme as normas da Revista Trends in Psychiatry and Psychotherapy. O manuscrito encontra-se em fase final de preparação para a submissão ao referido periódico.

































































## 7. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O CAPS são serviços de atenção continuada voltados para a (re)construção de redes sociais para pacientes psicóticos graves, principalmente, através das atividades coletivas onde ocorrem trocas entre as pessoas. Constituem um espaço seguro no qual pressupostos sociais de discriminação ao doente mental estão diminuídos, e a constituição de relacionamentos é facilitada<sup>27</sup>. O presente estudo mediu o grau de adesão de pacientes de um CAPS II à tecnologia voltada para a reabilitação, as AMPC, e demonstrou a relação entre a adesão (definida como 50% ou mais de presença) com fatores psicossociais, do quadro clínico do paciente e do tratamento.

Entende-se que adesão é um conceito complexo relacionada a diversos fatores associados ao profissional de saúde, ao tratamento, à patologia e ao paciente. Pesam fatores com a confiança que o paciente possui no tratamento como um todo, no médico responsável e em toda a equipe de saúde<sup>36</sup>. Pessoas com TMSP têm dificuldade para aderir ao tratamento em geral, comprometendo a resposta terapêutica, a reabilitação e a prevenção de hospitalizações. A não adesão piora a severidade da doença que, por sua vez, favorece a má adesão<sup>45</sup>. Por isso, a importância de aprender mais sobre os fatores associados com a adesão e como facilitá-la. A adesão ao tratamento deve ser pensada logo no início do mesmo, e o planejamento terapêutico desenhado individualmente conforme as particularidades da vida do paciente. Reforçar a importância das atividades para a reabilitação e ouvir a opinião e experiências do indivíduo em grupos pode aumentar a intenção de adesão. É fundamental garantir a frequência mínima necessária para a que se possa atingir uma adequada resposta terapêutica e a reabilitação possível.

A população do estudo se caracterizou pelo adoecimento mental severo, graves limitações no funcionamento psicossocial, inaptidão crônica ao trabalho e afastamento do convívio social. Indivíduos com maior vulnerabilidade social e dificuldade de adesão ao tratamento, principalmente aos grupos e oficinas voltadas para a ressocialização. A adesão às AMPC no estudo foi de 43%, inferior às taxas de adesão medicamentosa na literatura e da própria pesquisa, 67%<sup>40,41,42</sup>.

Este estudo destaca-se por avaliar o grau de adesão e os fatores associados da principal ferramenta terapêutica dos CAPS na reabilitação. A avaliação desses serviços e das tecnologias utilizadas na atenção, implementados recentemente nas últimas décadas como parte de uma nova estratégia política de saúde mental, é fundamental para validar o investimento nos mesmos. É preciso estudar as diferentes dimensões em pauta (clínicas, psicossociais) levando em conta o cotidiano de trabalho real. Portanto, os achados desse estudo são de grande implicação clínica e para políticas de saúde pública.

Os resultados sugerem que diferentes fatores podem influenciar na adesão ao tratamento no CAPS. O fator independente preditor de pior adesão às AMPC nesse estudo foi ter filho com idade igual ou menor que 14 anos, havendo uma tendência a significância em relação a não ter boa adesão aos psicofármacos e ao número de internações psiquiátricas. As estratégias de intervenção começam pela conscientização dos profissionais de que a não adesão é um problema comum. É importante focar nos problemas específicos e na manutenção individualizada.

No que tange a ter filhos pequenos como fator de pior adesão, os profissionais devem estar sensíveis e ter uma perspectiva global do tratamento desses pacientes. Levar em consideração o ambiente em que estão inseridos e os possíveis fatores de pior desfecho que predispõe a uma resposta limitada à reabilitação psicossocial. Estratégias sobre esse tipo de preditor negativo são aumentar a rede de apoio familiar e social, incluindo uma maior articulação com a rede de creches e locais de cuidados às crianças. Algumas dessas ações são pouco acessíveis à equipe de saúde. Contudo, cientes da grande dificuldade de adesão desses pais e mães, e tendo em mente a limitação para encontrar meio de lidar com diferentes situações sociais dos pacientes com TMSP, os profissionais podem auxiliar na busca de alternativas. As estratégias devem incluir intervenção e orientação dos familiares sobre a importância da adesão ao tratamento e a necessidade que o paciente tem de apoio.

Os resultados também reforçam a importância de estar atento sobre a maior vulnerabilidade dos pacientes que não aderem bem aos psicofármacos em relação ao tratamento como um todo. O comportamento de não adesão pode ser

amenizado através do investimento na relação equipe-paciente, através de uma atitude do profissional empática, psicoeducativa e motivacional<sup>36</sup>. Informar o indivíduo sobre a importância da adesão global às ferramentas terapêuticas ofertadas na busca da melhor resposta e na prevenção de danos.

Por fim, o estudo estabeleceu importante associação entre maior número de internações psiquiátricas e a má adesão aos grupos e oficinas. Esse dado levanta a hipótese de que as atividades coletivas possam de fato auxiliar na redução das internações, uma vez que quem adere mais às AMPC parece estar internando menos. Este é um dado de extremo valor reforçando o papel central dos CAPS na política de saúde mental.

Trata-se de pesquisa transversal, com amostra reduzida, realizada em somente um serviço. Apesar disso, o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes condiz com o encontrado em outros trabalhos, o que sugere que os achados deste estudo, mesmo não podendo ser generalizados, também são plausíveis de serem observados em outros CAPS. A não adesão ao tratamento é um problema geral nas doenças crônicas e o estudo aponta que ela fica ainda mais evidente nas AMPC.

Pesquisas futuras podem testar as hipóteses levantadas neste estudo envolvendo amostras maiores, de diferentes CAPS. São necessários estudos com outro tipo de delineamento (longitudinais, experimentais) que possam expandir o conhecimento sobre a resposta ao tratamento nesses serviços buscando avaliar a efetividade dos CAPS na reabilitação psicossocial e na prevenção de internações. Pesquisas nessa área fazem parte de um processo de construção de abordagens mais eficazes para ajudar os pacientes com TMSP e suas famílias.

## **7.1 Limitações**

Os resultados devem ser interpretados sob à luz de algumas limitações metodológicas. Trata-se de estudo transversal, que confere associação entre o desfecho (adesão) e variáveis, contudo sem poder para determinar causalidade. Nesse sentido o presente estudo cumpre um papel de ser gerador de hipóteses. Contudo, em algumas variáveis só há uma direção possível, como no caso de

ter filho com 14 anos ou menos que somente pode ser causa para não adesão às AMPC.

Outra fragilidade da pesquisa é o tamanho da amostra, limitado para analisar o número elevado de variáveis estudadas, restrito em função da população ativa em tratamento no CAPS estudado, no período da coleta de seis meses, e dos critérios de exclusão. Dos 136 indivíduos aptos a participar do estudo, 111 foram entrevistados. Três se recusaram a participar, nove estavam recebendo alta por não adesão ao tratamento e três estiveram ausentes do serviço por longo período em função de agravamento do quadro e internações. Foram feitas diversas tentativas de busca dos outros dez participantes sem sucesso. É um perfil de pacientes graves e que faltam, exigindo grandes esforços para acessá-los. Algumas variáveis não apresentaram significância, possivelmente pela falta de poder estatístico do estudo, apesar de indicarem uma tendência. É o caso do relato de apoio social ruim, transtorno de personalidade, menos idade, estar trabalhando ou em auxílio doença, todas tendendo para pior adesão às AMPC.

Para evitar o viés de aferição, houve preocupação com controle de qualidade; os entrevistadores foram previamente capacitados. A coleta de dados se deu através de questionário com respostas objetivas. Foram utilizadas escalas validadas para avaliação da intensidade de sintomas e de funcionamento psicossocial validadas (CGI-S, CGI-I e FAST). Contudo, nem todos os instrumentos de avaliação eram validados. É o caso das variáveis para medir apoio social, vínculo com US, adesão aos psicofármacos, apoio no CAPS e importância das AMPC, que foram avaliadas dicotomicamente perguntando a opinião do paciente. A definição do diagnóstico psiquiátrico e presença de transtorno de personalidade foi feita através da impressão clínica do psiquiatra assistente. Os psiquiatras do CAPS II GHC são profissionais experientes, com treinamento para diagnosticar, que baseiam sua conduta conforme o DSM V e o CID 10. Como parte de um mestrado profissional, o objetivo do estudo era realizar avaliações que pudessem ser utilizadas na prática clínica usual do serviço. O uso excessivo de instrumentos validados e de longa aplicação afastava-se desse objetivo mais prático do trabalho do dia a dia.

## 8. ANEXOS

### a. Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa



HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A.  
Av. Francisco Trein, 595  
CEP 91350-250 - Porto Alegre - RS  
Fone: 3357.2000  
CNPJ: 92.787.118/0001-20

HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO  
(Unidade Pediátrica do Hospital Nossa  
Senhora da Conceição S.A.)  
CEP 91340-000 - Porto Alegre - RS  
Fone: 3357.4100  
CNPJ: 92.787.128/0001-78

HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A.  
Rua Domingos Rubião, 20  
CEP 91540-000 - Porto Alegre - RS  
Fone: 3357.4100  
CNPJ: 92.787.128/0001-78

HOSPITAL FÊMINA S.A.  
Rua Mostardero, 17  
CEP 91535-001 - Porto Alegre - RS  
Fone: 3314.5200  
CNPJ: 92.893.134/0001-53



Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 99.244/90

O Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP/GHC), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS desde 31/10/1997, pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0001105) e pelo FWA - Federalwide Assurance (FWA 00000378), em reunião ordinária realizada em 23 de novembro de 2016, avaliou o seguinte projeto de pesquisa:

**Projeto:** 16250

**Versão do Projeto:**

**Versão do TCLE:**

**Pesquisadores:**

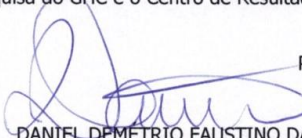
AIRTON TETELBOM STEIN  
EVELISE RIGONI DE FARIA  
LETÍCIA PICCOLI TERGOLINA

**Título:** Adesão ao tratamento em atividades multiprofissionais coletivas e fatores associados em um CAPS II.

Documentação: Aprovada  
Aspectos Metodológicos: Adequados  
Aspectos Éticos: Adequados

Parecer final: Esta emenda ao projeto de pesquisa, bem como o(s) Termo(s) de Consentimento Livre e Esclarecido (se aplicável), por estar de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais e complementares do Conselho Nacional de Saúde, especialmente a Resolução 466/12, obteve o parecer de APROVADO(S) neste CEP.

O Pesquisador responsável deve encaminhar dentro dos prazos estipulados, o(s) relatório(s) parcial(ais) e/ou final ao Comitê de ética em Pesquisa do GHC e o Centro de Resultados onde foi desenvolvida a pesquisa.

  
DANIEL DEMÉTRIO FAUSTINO DA SILVA  
Coordenador-geral do CEP-GHC

Porto Alegre, 23 de novembro de 2016.

## b. Questionários/Formulários

### QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

Número: \_\_\_\_

|                                                       |                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Identificação<br>(nome)                            |                                                                                                                           |
| 2. Data                                               | ___/___/___                                                                                                               |
| 3. Médico Assistente                                  | (1) Aldemo (2) Tereza (3) Letícia (4) RM (5) Tri Legal                                                                    |
| *4. Adesão às atividades multiprofissionais coletivas | ___ Número de Presenças/ ___ Número Total de Atividades<br>(nos últimos 3 meses) (grupos e oficinas) (Listas de Presença) |
| 5. Motivos pelos quais falta às atividades coletivas  | (relato livre)                                                                                                            |
| 6. Data de Nascimento<br><br><b>7. Idade</b>          | ___/___/___<br><br>___ anos                                                                                               |
| 8. Sexo                                               | (1) Masculino (2) Feminino                                                                                                |
| 9. Etnia                                              | (1)Caucasiana(2)Africana(3)Parda(4)Asiática(5)Indígena(6)Outra                                                            |
| 10. Religião                                          | (1) Não praticante (2) Parcialmente praticante (3) Praticante                                                             |
| 11. Situação Conjugal                                 | (1) Sem companheiro/a (2) Com companheiro/a                                                                               |
| 12. Número d filhos (vivos)                           |                                                                                                                           |
| 13. Idade dos filhos                                  | (em anos)                                                                                                                 |
| 14. Número de pessoas com                             | (no mesmo terreno)                                                                                                        |

|                                                          |                                                                                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| quem reside                                              |                                                                                                                                                                                                                                           |
| 15. Parentesco das pessoas com quem reside (múl. esc.)   | (0) Ninguém (1) Pai (2) Mãe (3) Filhos (4) Irmãos (5) Outro Parente (6) Amigos (7) Curador (8) Companheiro/a (9) Outro (_____)                                                                                                            |
| 16. Escolaridade                                         | ____ anos de estudo concluídos                                                                                                                                                                                                            |
| 17. Ocupação na maior parte do tempo nos últimos 3 meses | (1) Trabalha turno integral (2) Trabalha meio turno (3) Desempregado (4) Estudante (5) Auxílio Doença recebendo (6) Processo Auxílio Doença sem estar recebendo (7) LOAS (8) Aposentado por tempo de serviço (9) Aposentado por invalidez |
| 18. Anos trabalhados (total)                             | ____ anos                                                                                                                                                                                                                                 |
| 19. Parou de trabalhar há                                | ____ anos                                                                                                                                                                                                                                 |
| 20. Renda individual                                     | _____ reais                                                                                                                                                                                                                               |
| 21. Renda familiar                                       | _____ reais                                                                                                                                                                                                                               |
| 22. Passe Livre                                          | (1) Não (2) Sim                                                                                                                                                                                                                           |
| 23. Recebe passagens?                                    | Não (2) Sim<br>(0) Não se aplica (1) CAPS (2) CRAS/CRES (3) Outro                                                                                                                                                                         |
| <b>24. De quem?</b>                                      |                                                                                                                                                                                                                                           |
| 25. Meio de transporte usual (múltipla escolha)          | (1) Carro (2) Moto (3) Público (4) Bicicleta (5) À pé (6) Outro                                                                                                                                                                           |
| 26. Quem fornece apoio social? (múltipla escolha)        | (0) Ninguém (1) Pai (2) Mãe (3) Filhos (4) Irmãos (5) Outro parente (6) Amigo (7) Curador (8) Companheiro/a (9) Outro _____                                                                                                               |
| 27. O quanto se sente apoiado socialmente?               | (0) Não se aplica (1) Totalmente sem apoio (2) Parcialmente sem apoio (3) Nem com, nem sem apoio (4) Parcialmente apoiado (5) Totalmente apoiado                                                                                          |

|                                                                       |                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| *28. Diagnóstico Psiquiátrico Principal (MA)                          | (1)Esquizofrenia (2)THB (3)Esquizaafetivo (4)Tr. Depressivo (5)Tr. Ansioso (6)TOC (7)Reações ao Estresse (8)Tr. Alimentar (9)Outro         |
| 29. Tempo d diagnóstico/tto                                           | ___ anos                                                                                                                                   |
| *30. Tr. de Personalidade?                                            | (1) Não (2) Sim                                                                                                                            |
| *31. Qual Trans. Personalidade? (MÉDICO)                              | (0)Não se aplica (1)Paranóica (2)Esquizóide (3)Dissocial (4)Border (5)Histriônica (6)Obsessiva (7)Esquiva (8)Dependente (9)Outro           |
| 32. Comorbidades Clínicas?<br><b>33. Quais?</b><br>(PRONTUÁRIO)       | (1) Não (2) Sim<br><br>(0) Não se aplica (1) HAS (2) DM (3) Hipotireoidismo (4) Obesidade (5) ASMA (6) HIV (7) Outras                      |
| 34. Tabagismo                                                         | (1) Não (2) Sim                                                                                                                            |
| *35. CGI-S: Grau de Severidade da Doença nesse momento (MÉDICO)       | (1) Não está doente (2) Muito leve (3) Leve (4) Moderada (5) Acentuada (6) Grave (7) Extremamente grave                                    |
| *36. CGI-I: Melhora Global atual comparada ao estado inicial (MÉDICO) | (1) Muito melhor (2) Moderadamente melhor (3) Levemente melhor (4) Sem alterações (5) Levemente pior (6) Moderadamente pior (7) Muito pior |
| 37. Tratamento prévio ao CAPS II em SM?                               | (1) Não (2) Sim                                                                                                                            |
| 38. Locais de tratamento prévio SM (múltip.                           | (0) Não se aplica (1) US (2) CAPS (3) Internação (4) Ambulatório (5) Consultório (6) Outro (_____)                                         |

|                                                       |                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| escolha)                                              |                                                                                                                  |
| 39. Tempo de tto<br>prév SM                           | ___ anos                                                                                                         |
| 40. Profissionais<br>envolvidos nos tto<br>prév em SM | (1) Psiquiatra (2) Médico de família (3) Psicólogo (4) Matriciador<br>em SM (5) Outro (_____) (múltipla escolha) |
| 41. Uso prévio ao<br>CAPS de<br>psicofármacos         | (1) Não (2) Sim                                                                                                  |
| 42. Internações<br>prévias ao CAPS?                   | (1) Não (2) Sim                                                                                                  |
| <b>43. Quantas?</b>                                   | ___                                                                                                              |
| 44. Tenta. d suicídio<br>na vida?                     | (1) Não (2) Sim                                                                                                  |
| <b>45. Quantas?</b>                                   | ___                                                                                                              |
| *46. FAST Total                                       | ___ (0 a 72)                                                                                                     |
| *47. FAST<br>Autonomia                                | ___ (0 a 12)                                                                                                     |
| *48. FAST<br>Trabalho                                 | ___ (0 a 15)                                                                                                     |
| *49. FAST<br>Cognição                                 | ___ (0 a 15)                                                                                                     |
| *50. FAST<br>Finanças                                 | ___ (0 a 6)                                                                                                      |
| *51. FAST<br>Relações IP                              | ___ (0 a 18)                                                                                                     |
| *52. FAST Lazer                                       | ___ (0 a 6)                                                                                                      |
| 53. Vínculo com<br>US                                 | (1) Sem (2) Parcial (3) Bom                                                                                      |

|                                                                        |                                                                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 54. Matriciamento em SM prévio ao CAPS II                              | (1) Não (2) Sim (3) Não sabe                                                                                                                                                        |
| 55. Tempo do tratamento atual no CAPS II                               | ___ meses                                                                                                                                                                           |
| 56. Data Ingresso                                                      | ___/___/___                                                                                                                                                                         |
| 57. Modalidade de Atendimento Individual no CAPS atual (múlt. escolha) | (1) Psicologia (2) Enfermagem (3) Terapia Ocupacional (4) Assistência Social (5) Arteterapia (6) Somente consultas médicas (7) Outro (_____)                                        |
| 58. Modalidade de Atendimento Coletivo no CAPS atual (múlt. escolha)   | (0) Sem vínculo (1) G. Psicoeducação (2) Artes (3) Mov. com Saúde (4) Fanzine (5) G. Psicoterapia (6) Marcenaria (7) Cinema (8) Música (9) Escrita (10) G. Tri Legal (11) Ambiência |
| 59. Tem acompanhante de referência no tratamento?                      | Não (2) Sim                                                                                                                                                                         |
| 60. Parentesco                                                         | (0) Ninguém (1) Pai (2) Mãe (3) Filhos (4) Irmãos (5) Outro parente (6) Amigo (7) Curador (8) Companheiro/a (9) Outro _____                                                         |
| 61. Adesão à prescrição de psicofármacos                               | (1) Ruim (2) Parcial (3) Boa                                                                                                                                                        |
| 62. Internações após ingresso no CAPS II?                              | (1) Não (2) Sim                                                                                                                                                                     |
| 63. Quantas?                                                           | ___                                                                                                                                                                                 |
| *64. Previsão de alta melhorada breve?                                 | (1) Não (2) Sim                                                                                                                                                                     |

|                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>*65. Em quantos meses?</b>                                              | ____ (CONFERIR COM M.E.)                                                                                                                                                                                                                                 |
| 66. O quanto se sente apoiado e ajudado pela equipe do CAPS II             | (1) Totalmente sem apoio (2) Pouco apoio (3) Neutro (4) Parcialmente apoiado (5) Totalmente apoiado                                                                                                                                                      |
| 67. Tem algum profissional com quem se sente mais vinculado no CAPS?       | (1) Não (2) Sim                                                                                                                                                                                                                                          |
| 68. Qual/is? (múlt. escolha)                                               | (0) Nenhum (1) Médico (2) Enfermeiro (3) Téc. de enferm. (4) Assistente social (5) TO (6) Arteterapeuta (7) Psicólogo (8) Administrativo (9) Outro                                                                                                       |
| 69. Quanta importância dá para as atividades multiprof. coletivas do CAPS? | (1) Totalmente sem importância (2) Pouca importância (3) Neutra (4) Parcialmente importante (5) Totalmente importante                                                                                                                                    |
| 70. Como se sente vindo ao CAPS?                                           | (1) Mal (2) Nem mal, nem bem/indiferente (3) Bem                                                                                                                                                                                                         |
| 71. Como se sente em comparação ao início do tratamento no CAPS?           | (1) Pior (2) Igual (3) Melhor                                                                                                                                                                                                                            |
| 72. Tem atividade social fora do CAPS II?                                  | (1) Não (2) Sim                                                                                                                                                                                                                                          |
| 73. Qual?                                                                  | (0) Nenhuma (1) Oficina/Grupo na US (2) Oficina/Grupo fora da US (3) Igreja (4) Academia (5) Outra (____)                                                                                                                                                |
| 74. US de referência                                                       | (1) SESC (2) SanTri (3) CostaS (4) Coima (5) Aparecida (6) Floresta (7) JdLeo (8) ParqM (9) Conceição (10) DivinaP (11) JdItu (12) BBagé (13) AssisBr (14) RuBer (15) StMa (16) NoBr (17) Ramos (18) StRo (19) SCrist (20) VIElis (21) PP 1 (22) Sarandi |

|                                                    |                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                    | (23) BecoC (24) DFeoli (25) Santa Fé (26) NGleba (27) StoAgo (28) SBorja (29) AsaB (30) EspCo (31) GeJa (32) PP 2 (33) Planalto (34) Outra |
| 75. Bairro e cidade reside a maior parte do tempo? |                                                                                                                                            |
| 76. Uso de benzodiazepínicos diário?               | (1) Não (2) Sim                                                                                                                            |
| 77. Já esteve nesse CAPS outras vezes?             | (1) Não (2) Sim                                                                                                                            |

### **Escala de Impressão Clínica Global – Severidade da doença (CGI-S):**

Considerando sua experiência no manejo de pacientes com o mesmo diagnóstico psiquiátrico, qual o grau de severidade da doença deste paciente no momento?

- 0. ( ) Não avaliado
- 1. ( ) Não está doente
- 2. ( ) Muito leve
- 3. ( ) Leve
- 4. ( ) Moderada
- 5. ( ) Acentuada
- 6. ( ) Grave
- 7. ( ) Extremamente grave

### **Escala de Impressão Clínica Global – Melhora da doença (CGI-I):**

Comparado ao estado inicial, como se encontra o paciente neste momento? Aponte a melhora global, mesmo que esta não se deva completamente ao tratamento.

- 0. ( ) Não avaliado
- 1. ( ) Muito melhor
- 2. ( ) Moderadamente melhor
- 3. ( ) Levemente melhor
- 4. ( ) Sem alterações
- 5. ( ) Levemente pior
- 6. ( ) Moderadamente pior
- 7. ( ) Muito pior

### **Escala Breve de Funcionamento (FAST):**

Pergunte ao paciente as frases abaixo e responda a que melhor descreve seu grau de dificuldade. Para responder, utilize a seguinte escala:

(0): nenhuma, (1): pouca, (2): bastante ou (3): muita.

**Qual é seu grau de dificuldade em relação aos seguintes aspectos?**

|                                                         |                 |
|---------------------------------------------------------|-----------------|
| <b>AUTONOMIA</b>                                        |                 |
| 1. Ser responsável pelas tarefas de casa                | (0) (1) (2) (3) |
| 2. Morar sozinho                                        | (0) (1) (2) (3) |
| 3. Fazer as compras de casa                             | (0) (1) (2) (3) |
| 4. Cuidar-se de si mesmo (aspecto físico, higiene)      | (0) (1) (2) (3) |
| <b>TRABALHO</b>                                         |                 |
| 5. Realizar um trabalho remunerado                      | (0) (1) (2) (3) |
| 6. Terminar as tarefas tão rápido quanto era necessário | (0) (1) (2) (3) |
| 7. Obter o rendimento previsto no trabalho              | (0) (1) (2) (3) |
| 8. Trabalhar de acordo com seu nível de escolaridade    | (0) (1) (2) (3) |
| 9. Ser remunerado de acordo com o cargo que ocupa       | (0) (1) (2) (3) |
| <b>COGNIÇÃO</b>                                         |                 |
| 10. Concentrar-se em uma leitura, um filme              | (0) (1) (2) (3) |
| 11. Fazer cálculos mentais                              | (0) (1) (2) (3) |
| 12. Resolver adequadamente os problemas                 | (0) (1) (2) (3) |
| 13. Lembrar o nome de pessoas novas                     | (0) (1) (2) (3) |
| 14. Aprender uma nova informação                        | (0) (1) (2) (3) |
| <b>FINANÇAS</b>                                         |                 |
| 15. Administrar seu próprio dinheiro                    | (0) (1) (2) (3) |
| 16. Fazer compras equilibradas                          | (0) (1) (2) (3) |
| <b>RELAÇÕES INTERPESSOAIS</b>                           |                 |
| 17. Manter uma amizade                                  | (0) (1) (2) (3) |
| 18. Participar de atividades sociais                    | (0) (1) (2) (3) |
| 19. Dar-se bem com pessoas a sua volta                  | (0) (1) (2) (3) |
| 20. Convivência familiar                                | (0) (1) (2) (3) |
| 21. Relações sexuais satisfatórias                      | (0) (1) (2) (3) |
| 22. Capaz de defender os próprios interesses            | (0) (1) (2) (3) |
| <b>LAZER</b>                                            |                 |
| 23. Praticar esporte ou exercícios                      | (0) (1) (2) (3) |
| 24. Ter atividades de lazer                             | (0) (1) (2) (3) |

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE):**

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa de cunho acadêmico do Programa de Pós-Graduação: Mestrado Profissional em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), intitulada: “Adesão ao tratamento em atividades multiprofissionais coletivas e fatores associados em um CAPS II”, que tem como objetivo principal identificar o quanto os pacientes comparecem aos grupos e oficinas oferecidos nos CAPS II e os motivos relacionados com a adesão e com a não adesão. O tema escolhido se justifica pela importância que as atividades multiprofissionais coletivas têm para a melhora e recuperação dos doentes mentais que fazem tratamento nos CAPS II.

O trabalho está sendo realizado pela acadêmica de mestrado Letícia Piccoli Tergolina e sob a supervisão e orientação da prof<sup>a</sup> Dra. Evelise Rigoni de Faria e coorientação do prof<sup>o</sup> Dr. Airton Stein.

Para alcançar os objetivos do estudo será realizada uma entrevista individual, com duração aproximada de 30 minutos, na qual você irá responder cerca de 70 perguntas pré estabelecidas. Os dados de identificação serão confidenciais e os nomes reservados.

Os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo, sendo os mesmos armazenados pelo(a) pesquisador(a) principal durante 5 (cinco) anos e após totalmente destruídos (conforme preconiza a Resolução 466/12).

Eu \_\_\_\_\_, recebi as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e concordo em participar do estudo.

Declaro que também fui informado:

- Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa;
- De que minha participação é voluntária e terei a liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo para a minha vida pessoal e nem para o atendimento na instituição;

- Da garantia que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas somente para fins científicos do presente projeto de pesquisa;

- Sobre o projeto de pesquisa e a forma como será conduzido e que em caso de dúvida ou novas perguntas poderei entrar em contato com a pesquisadora: Letícia Piccoli Tergolina, telefone 3337-0726, e-mail: ltergolina@ghc.com.br e endereço: rua Marco Polo, nº 278 Bairro Cristo Redentor – Porto Alegre.

Também que, se houverem dúvidas quanto a questões éticas, poderei entrar em contato com Daniel Demétrio Faustino da Silva, Coordenador-geral do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC pelo telefone 3357-2407, endereço Av. Francisco Trein 596, 3º andar, Bloco H, sala 11, das 09h às 12h e das 14h:30min às 17h.

Declaro que recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com a pesquisadora.

Porto Alegre, \_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

**Entrevistado:** \_\_\_\_\_

**Pesquisador:** \_\_\_\_\_

**Para os casos de sujeito de pesquisa analfabeto:**

Este formulário foi lido para \_\_\_\_\_  
em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ pelo pesquisador \_\_\_\_\_,  
enquanto eu estava presente.

**Assinatura da Testemunha** \_\_\_\_\_

**Nome:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### **c. Detalhes metodológicos adicionais**

Neste estudo transversal participaram 111 pacientes em tratamento ativo no CAPS II “Bem Viver” do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) localizado na cidade de Porto Alegre. Esse CAPS é referência para 33 Unidades de Saúde (US) da zona norte e leste da capital (12 US do GHC e 21 US da prefeitura) com população aproximada de 270 mil habitantes.

O serviço conta com três médicos psiquiatras, dois psicólogos, uma assistente social, uma terapeuta ocupacional, uma arte terapeuta, duas enfermeiras, duas técnicas de enfermagem e dois funcionários administrativos, além de residentes de Psiquiatria, da residência integrada em saúde (RIS) e estagiários. Os profissionais organizam-se em três mini equipes multiprofissionais para a atenção de pacientes e articulações com a rede de saúde mental.

Os pacientes chegam ao CAPS encaminhados pelas US após matriciamento, que consiste em uma avaliação por especialista em saúde mental. A partir de dados secundários do serviço, as patologias psiquiátricas mais comumente atendidas no CAPS II eram os transtornos psicóticos (Esquizofrenia e Transtorno Esquizoafetivo), os transtornos de humor bipolar e a depressão unipolar.

Os pacientes atendidos no local fazem uso de medicação psicotrópica e realizam acompanhamento individual com psiquiatra em frequência mínima mensal, dependendo da gravidade do quadro. Também é realizado atendimento individual com psicólogo, terapeuta ocupacional, arte terapeuta e assistente social, de acordo com a indicação de cada caso. Além desses, o tratamento no CAPS também pode incluir atendimento familiar e visitas domiciliares.

Em relação às AMPC, o CAPS dispõe de oficinas e grupos terapêuticos com frequência semanal para os pacientes. Existe também um grupo e uma oficina voltado para os familiares realizados quinzenalmente. As oficinas oferecidas pelo CAPS II no momento da pesquisa e o profissional responsável eram: Música (arte terapeuta), Escrita (assistente social), Artes (arte terapeuta), Marcenaria (arte terapeuta), Cinema (arte terapeuta) e Fanzine (terapeuta

ocupacional). Os grupos eram: Movimentando com Saúde (enfermeira) Psicoeducação (psiquiatra), Tri Legal (enfermeira), Relaxamento (psicóloga e enfermeira) e Terapêutico (psicóloga e enfermeira). As AMPC são dinâmicas dentro de um CAPS, surgindo novas propostas ou encerrando antigas conforme a demanda dos pacientes de um dado momento.

Usualmente, indica-se a participação do paciente em uma ou mais AMPC como parte integrante do tratamento no CAPS voltada para a ressocialização e a reabilitação psicossocial, em algum momento da fase inicial do tratamento. A exceção são os pacientes que não necessitam de reabilitação psicossocial (com perfil de atendimento ambulatorial), ou para os quais as atividades coletivas do CAPS não são a melhor estratégia no momento, seja pela extrema gravidade dos sintomas atuais, ou por se tratar de patologia de origem neurológica que necessita de outro tipo de reabilitação. Estes não são o perfil usual de pacientes atendidos em CAPS, mas podem ser encontrados nesses serviços pelas inúmeras lacunas da rede de atenção em saúde.

O tempo de permanência no CAPS é geralmente maior que um ano. Uma vez estabilizado o quadro psiquiátrico e atingida a reabilitação psicossocial possível, o paciente recebe alta do serviço para seguimento do tratamento na atenção básica.

O estudo envolveu entrevistas com os pacientes e familiares para responder aos instrumentos de avaliação, revisões de prontuário, além de contatos com os profissionais do CAPS envolvidos com o tratamento. A coleta de dados não foi feita em mesmo horário e local de outras atividades realizadas no CAPS pelos pacientes, a fim de evitar possíveis dificuldades para o funcionamento habitual do serviço, assim como prejuízos do tratamento.

Os dados foram coletados em sua maior parte pela própria pesquisadora, mas também por uma enfermeira do CAPS, uma estagiária de enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) e uma professora de Enfermagem também da UFCSPA. As mesmas foram previamente treinadas na aplicação dos instrumentos. Todas essas profissionais estavam envolvidas no cotidiano do CAPS e familiarizadas com as atividades locais e com o atendimento de pacientes com transtornos psiquiátricos. Foram treinadas no

que se refere aos objetivos do estudo, nos instrumentos utilizados e em sua forma de aplicação. Esse treinamento foi realizado pela pesquisadora em um tempo aproximado de duas horas.

#### **d. Normas para publicação na revista**

### **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**

#### **Artigos Originais:**

Apresentam resultados inéditos de pesquisa e devem conter todas as informações relevantes necessárias para que o leitor possa repetir o experimento se assim desejar, avaliar seus resultados e conclusões. Sua estrutura formal deve apresentar as seguintes divisões: Introdução, Método, Resultados, Discussão, Conclusão e outras subdivisões, se necessário. A pesquisa deve ter sido conduzida de acordo com o disposto na Declaração de Helsinki, e os autores devem descrever claramente, na seção Método, a existência e o uso de formulário de consentimento informado, bem como a aprovação do protocolo do estudo pelo comitê de ética da instituição onde o estudo foi realizado (ou conformidade com as normas nacionais e internacionais para o uso e cuidado de animais de laboratório, quando aplicável). Artigos originais podem conter até 4.500 palavras no texto propriamente dito e podem ter, no máximo, seis tabelas ou figuras. Para esses artigos, deve-se apresentar um resumo estruturado com no máximo 250 palavras e subdivisões refletindo a apresentação formal do artigo.

#### **Preparação do manuscrito**

##### *1. Princípios gerais*

O texto de artigos originais deve ser dividido nas seções Introdução, Método, Resultados e Discussão, mas subtítulos podem ser necessários para organizar melhor o conteúdo. Outros tipos de artigo, como metanálises, podem exigir formatos diferentes, enquanto revisões narrativas e editoriais podem ter

formatos menos estruturados ou até sem subdivisões. Todas as páginas devem ser numeradas. Os formatos eletrônicos atualmente disponíveis criaram oportunidades de acrescentar detalhes ou seções, informações em camadas, fazer links entre estudos, ou extrair partes de artigos em versões eletrônicas. Material suplementar a ser publicado exclusivamente online, quando houver, deve ser submetido e enviado para revisão simultaneamente com o arquivo principal (manuscrito).

## *2. Autoria e agradecimentos*

O ICMJE recomenda que a autoria seja baseada nos quatro critérios listados a seguir:

- Contribuições significativas à concepção ou desenho do estudo; ou à aquisição, análise ou interpretação dos dados do estudo; E
- Redação ou revisão crítica do conteúdo intelectual do manuscrito; E
- Aprovação final da versão a ser publicada; E
- Concordância em assumir responsabilidade por todos os aspectos do estudo, garantindo que eventuais questões relacionadas à exatidão ou integridade de qualquer parte do trabalho serão adequadamente investigadas e respondidas.

Além de ser responsável por todas as etapas do estudo em que teve participação direta, um autor deve ser capaz de identificar quais coautores foram responsáveis pelas outras etapas do estudo. Além disso, os autores devem ter confiança na integridade das contribuições dos coautores. O autor correspondente é o principal responsável pela comunicação com a revista durante os processos de submissão, revisão e publicação.

Todos os indivíduos designados como autores devem atender a todos os quatro critérios de autoria listados acima, e todos os indivíduos que atendem aos quatro critérios acima devem ser listados como autores. É responsabilidade coletiva dos autores garantir que todas as pessoas listadas como autores preenchem todos os quatro critérios. Indivíduos que não preenchem os quatro critérios devem ser listados na seção de agradecimentos (acknowledgments).

Nos agradecimentos (acknowledgments), devem ser mencionadas todas as fontes de apoio financeiro recebidas pelo estudo. Além disso, deve-se listar pessoas, grupos ou instituições que fizeram contribuições importantes ao estudo

porém não preenchem os critérios de autoria (por exemplo, auxílio técnico, análise estatística, redação, etc.).

### *3. Partes do manuscrito*

A seguir são apresentadas instruções gerais para a preparação das diferentes seções de artigos de qualquer desenho ou formato.

#### *Folha de rosto*

Informações gerais sobre o artigo e seus autores são apresentadas na folha de rosto. Esta página deve incluir o título do artigo, informações sobre os autores, qualquer declaração relevante, fontes de apoio financeiro, contagem de palavras e o número de tabelas e figuras incluídas. Instruções detalhadas são apresentadas a seguir.

1) Título do artigo. Deve oferecer uma descrição resumida do artigo como um todo e incluir informações que, juntamente com o abstract, permitam que o artigo seja facilmente rastreado eletronicamente. Sempre que considerado apropriado, informações sobre o desenho do estudo devem ser incluídas no título (especialmente importante para ensaios randomizados, revisões sistemáticas e metanálises).

2) Um título abreviado de, no máximo, 50 caracteres deve ser fornecido.

3) As informações sobre os autores devem incluir seus nomes completos (digitados exatamente conforme deverão aparecer no artigo impresso), emails e afiliação(ões) principal(is). O nome do departamento e da instituição à qual o estudo deve ser atribuído deve ser especificado.

4) O autor correspondente deve ser identificado, e deve-se fornecer endereço completo (incluindo CEP), números de telefone e fax. e um endereço de email.

5) Fonte(s) de apoio financeiro. Inclui bolsas de estudo/pesquisa, equipamentos, medicamentos e/ou outro tipo de apoio que tenha facilitado a condução do estudo descrito no artigo ou a redação do artigo propriamente dita. Qualquer papel relevante da fonte de apoio no estudo deve ser declarada. Estudos que não receberam apoio financeiro devem indicar isso claramente.

6) Declaração de conflitos de interesse. Informações sobre conflitos de interesse de cada um dos autores deve fazer parte do manuscrito. Uma declaração geral deve ser incluída na folha de rosto do artigo, indicando a

existência (ou inexistência) de qualquer conflito de interesse relativo à publicação do artigo. Além disso, todos os autores devem preencher e enviar o formulário de declaração de conflitos de interesse do ICMJE (um para cada autor) no momento da submissão.

7) Artigos baseados em teses ou dissertações, ou apresentados previamente em conferências, devem incluir essa informação na folha de rosto. O maior número possível de detalhes deve ser informado (por exemplo, título do trabalho original, ano, nome da instituição/local/evento, etc.).

8) Deve ser informado o número de palavras do texto do artigo, excluindo resumo, agradecimentos, tabelas, legendas de figuras e referências.

9) A data da última revisão da literatura realizada pelos autores sobre o assunto do manuscrito deve ser informada.

### Resumo

Os resumos não devem exceder 250 palavras. O resumo deve oferecer informações contextuais ao estudo e anunciar claramente seu objetivo, os procedimentos básicos (seleção de participantes, meio, medidas, métodos analíticos), resultados principais (informando tamanhos de efeito específicos e sua significância estatística e clínica, se possível) e conclusões principais. Deve enfatizar aspectos novos e importantes do estudo ou observações, reconhecer limitações importantes e não exagerar na interpretação dos resultados. Como os resumos são a única parte substancial de um artigo efetivamente indexada em muitas bases de dados, e a única parte que muitos leitores leem, os autores devem garantir que o resumo reflete adequadamente o conteúdo do artigo. Para ensaios clínicos, o número de registro do ensaio clínico deve ser informado ao final do resumo.

### Palavras-chave

Após o resumo, três a seis palavras-chave deve ser informadas, de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde em português (DeCS, <http://decs.bvs.br/>) e com os Medical Subject Headings em inglês (MeSH, <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>).

### Análise estatística

Os métodos estatísticos devem ser descritos de forma detalhada o suficiente para permitir que um leitor experiente com acesso aos dados originais possa julgar sua propriedade e confirmar os resultados relatados. Sempre que possível, os achados devem ser quantificados e apresentados usando indicadores adequados de medida de erro ou incerteza (por exemplo, intervalos de confiança). Deve-se evitar basear o artigo apenas em testes de hipótese estatística, como valores de  $p$ , que não revelam dados importantes sobre o tamanho do efeito e a precisão das estimativas. As referências de apoio ao desenho do estudo e aos métodos estatísticos devem ser, sempre que possível, trabalhos reconhecidos (com informação sobre as páginas consultadas). Deve-se definir termos estatísticos, siglas e símbolos. O software estatístico utilizado (e sua versão) também deve ser informado. Deve-se distinguir entre análises pré-especificadas e exploratórias, incluindo análises de subgrupo.

Para obter mais informações sobre como preparar cada seção do texto principal, consulte o documento Recommendations publicado pelo ICMJE.

## Referências

Os autores devem utilizar referências diretas a fontes originais de pesquisa sempre que possível. Embora as referências a artigos de revisão sejam uma forma eficiente de guiar leitores a um conjunto de artigos, eles nem sempre refletem os estudos originais de forma precisa. Por outro lado, listas extensas de referências a estudos originais sobre um determinado assunto podem ocupar espaço demais. Não inclua na lista de referências resumos apresentados em conferências; esses materiais podem ser citados no texto, entre parênteses. Referências a artigos aceitos, porém ainda não publicados, devem incluir a expressão “in press”. Informações oriundas de manuscritos submetidos, porém ainda não aceitos, podem ser citados no texto como “observações não publicadas” mediante permissão por escrito da fonte. Deve-se evitar a citação de “comunicações pessoais”, a menos que elas forneçam informações essenciais não disponíveis em uma fonte pública; nesse caso, o nome do autor e a data da comunicação devem ser citados entre parênteses no texto. A exatidão das referências é responsabilidade dos autores.

As referências devem ser numeradas consecutivamente na ordem em que são citadas no texto. Elas devem ser identificadas no texto, em tabelas e em

legendas de figuras utilizando algarismos arábicos sobrescritos. Referências citadas apenas em tabelas ou legendas de figuras devem ser numeradas de acordo com a sequência estabelecida pela primeira citação da tabela ou figura no texto.

As referências devem ser listadas no fim do artigo de acordo com sua ordem de citação no texto e devem estar em conformidade com o estilo estabelecido na página NLM's International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing and Publication of Scholarly Work in Medical Journals: Sample References. Os títulos dos periódicos devem ser abreviados de acordo com o estilo adotado na MEDLINE ([www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals)). Esses recursos são atualizados regularmente, à medida que novos meios de publicação se desenvolvem, e atualmente incluem orientações sobre como citar documentos impressos, material não publicado, mídias visuais e de áudio, materiais em CD-ROM, DVD ou disco e material oriundo da Internet. Os autores também podem consultar artigos já publicados para obter detalhes de formatação. Um estilo de EndNote está disponível para download na seção Instructions & Forms de nosso site de submissão (<http://mc04.manuscriptcentral.com/trends-scielo>).

Exemplo de artigo de revista: Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med*. 2002;347:284-7.

## Tabelas

Tabelas devem complementar, e não duplicar, informações contidas no texto. Elas não devem exceder 30.000 caracteres (incluindo espaços); tabelas que ultrapassarem esse limite poderão ser consideradas mediante justificativa dos autores. Tabelas não devem ser submetidas como imagens; elas devem ser criadas utilizando ferramentas de processadores de texto específicas para este fim. Não se deve utilizar fonte sublinhada ou desenhar linhas no interior das tabelas. Não se deve utilizar espaços para separar colunas. As tabelas devem ser numeradas consecutivamente na ordem em que são citadas no texto utilizando algarismos arábicos. Cada tabela deve ser acompanhada de um título.

Os títulos de tabelas devem ser curtos, porém autoexplicativos, contendo informações que permitam que os leitores compreendam o conteúdo da tabela sem ter que recorrer ao texto. O autor deve se certificar de que todas as tabelas

estão citadas no texto. Cada coluna deve receber um cabeçalho curto ou abreviado. Os autores devem incluir conteúdo explicativo através de notas de rodapé, e não nos cabeçalhos. Todas as siglas utilizadas devem ser explicadas em notas de rodapé; se necessário, deve-se utilizar símbolos para incluir explicações (\*, †, ‡, §, ||, ¶, \*\*, ††, etc.). Medidas estatísticas de variações, como desvio padrão ou erro padrão da média, devem ser informadas.

Caso estejam sendo usados dados de outra fonte publicada ou não publicada, deve-se obter permissão e citar a fonte completa.

Tabelas adicionais, contendo informações suplementares muito extensas para publicação impressa podem ser apropriadas para publicação na versão eletrônica da revista, como material suplementar online, ou então disponibilizadas aos leitores diretamente pelos autores. Deve-se acrescentar ao texto uma frase informando aos leitores que esses dados adicionais estão disponíveis e orientando-os sobre como obtê-los. Tabelas suplementares devem ser submetidas juntamente com o estudo principal, para que possam ser avaliadas pelos pareceristas do artigo.

## Figuras

Imagens digitais de ilustrações incluídas no artigo (sempre chamadas de “Figura”) devem ser submetidas em formato adequado para publicação impressa (preferencialmente .tif, com resolução mínima de 300 dpi). Letras, números e símbolos posicionados sobre a imagem devem estar claros e consistentes, e grandes o suficiente para que continuem legíveis quando a figura for reduzida para publicação. As figuras devem ser tão autoexplicativas quanto possível. Títulos e explicações detalhadas devem ser incluídas nas legendas, não nas imagens propriamente ditas.

Figuras devem ser numeradas consecutivamente na ordem em que são citadas no texto. Se uma figura já publicada anteriormente faz parte do artigo, a fonte original deve ser citada, e deve-se obter permissão para reprodução por escrito do detentor do direito autoral. Permissão para reprodução é exigida independentemente de o detentor ser um autor ou uma editora, a não ser em casos de documentos de domínio público. Fotografias não devem permitir a identificação dos pacientes.

No manuscrito, legendas de figuras devem ser apresentadas em uma página separada, com números arábicos correspondendo à citação das ilustrações. Sempre que forem usados símbolos, setas, números ou letras para identificar partes da ilustração, esses itens devem ser identificados e explicados claramente na legenda.

#### *4. Unidades de medida*

Medidas de comprimento, altura, peso e volume devem ser relatadas em unidades métricas (metro, quilo ou litro) ou seus múltiplos decimais. Temperaturas devem ser informadas em graus Celsius. Pressão sanguínea deve ser informada em milímetros de mercúrio.

#### *5. Siglas e símbolos*

Apenas siglas padrão devem ser utilizadas; o uso de siglas não padrão pode ser confuso para os leitores. Deve-se evitar o uso de siglas no título do artigo. A forma por extenso de cada sigla, seguida da sigla entre parênteses, deve ser apresentada na primeira menção, a não ser que a sigla seja uma unidade de medida padrão.

#### *6. Medicamentos*

Medicamentos devem ser mencionados apenas por seu nome genérico.

### **Envio de manuscritos**

Os manuscritos submetidos à revista *Trends in Psychiatry and Psychotherapy* não devem ter sido publicados previamente no todo ou em parte, e não devem ter sido submetidos simultaneamente, ou estar em processo de submissão, em nenhuma outra revista. Apresentação prévia de dados do manuscrito, sob a forma de resumo ou pôster em encontros científicos (conferências, oficinas, etc.) é permitida, mas deve ser informada na folha de rosto.

As submissões à revista *Trends* devem ser feitas utilizando o sistema de submissão online ScholarOne Manuscripts, disponível em

<http://mc04.manuscriptcentral.com/trends-scielo>. É necessário fazer um registro (login e senha) no primeiro acesso, antes da submissão.

O sistema apresenta vários campos obrigatórios e alguns campos opcionais. Um dos campos obrigatórios diz respeito à indicação de potenciais revisores para o manuscrito submetido. Os autores deverão informar nome, email e instituição/afiliação para cinco potenciais revisores, ou seja, experts no assunto, atuantes no Brasil ou no exterior, que não apresentem conflito de interesse para executar a tarefa (por exemplo, os indicados não podem ser do mesmo grupo de trabalho dos autores). A decisão final sobre quais revisores serão convidados para avaliar cada manuscrito fica a cargo dos editores.

Todos os manuscritos devem ser acompanhados de formulários de declaração de conflitos de interesse do ICMJE preenchidos para cada autor. Uma carta de apresentação (cover letter), incluindo as informações a seguir, também é recomendada.

- Declaração informando sobre quaisquer submissões ou publicações prévias que possam ser consideradas como publicação duplicada ou redundante do mesmo trabalho ou de trabalho semelhante. Qualquer publicação semelhante deve ser mencionada especificamente e citada no artigo submetido. Uma cópia do material deve ser incluída na submissão para auxiliar o editor a analisar o caso.
- Declaração de relações financeiras ou de outro tipo que possam levar a um conflito de interesse, caso essa informação não esteja presente no manuscrito propriamente dito.
- Declaração de autoria. É responsabilidade coletiva dos autores garantir que todas as pessoas listadas como autores preenchem todos os critérios de autoria. Todos os autores devem ter lido e aprovado a versão submetida.
- Informações de contato do autor correspondente, caso essa informação não esteja presente no manuscrito propriamente dito.
- A carta ou formulário deve fornecer informações adicionais que possam ser úteis para o editor, como o tipo ou formato de artigo que o manuscrito representa. Caso o manuscrito tenha sido avaliado previamente por outra revista, é útil incluir os pareceres dos editores

e revisores prévios juntamente com o artigo submetido, bem como as respostas dos autores ao parecer. Os editores recomendam que os autores submetam essas correspondências prévias. Tal prática pode agilizar o processo de revisão e motiva a transparência do processo editorial e o compartilhamento de experiências.

- O manuscrito também deve ser acompanhado de autorização para a reprodução de qualquer material publicado previamente, uso de ilustrações já publicadas, publicação de dados sobre pessoas que podem ser identificadas, ou inclusão de nomes de pessoas e suas contribuições na seção de agradecimentos.
- Para obter suporte ao uso do sistema e informações sobre artigos submetidos, contatar Denise Arend no email [trends.denise@gmail.com](mailto:trends.denise@gmail.com). Para outras informações sobre a revista, favor contatar a secretaria editorial no email [trends@aprs.org.br](mailto:trends@aprs.org.br).