

AVALIAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA DIAGNÓSTICO DAS ATIVIDADES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL: ESTUDO PILOTO¹

An instrument evaluation for diagnosing mental health professionals' activities: a pilot study

Antonia Regina Ferreira **FUREGATO**²

Vera Lúcia Menciondo **OSINAGA**³

Sueli Aparecida Frari **GALERA**²

Sandra Cristina **PILLON**²

RESUMO: Apresentar o perfil, a contextualização e a opinião dos participantes do estudo piloto e apresentar as alterações e ajustes que permitiram aperfeiçoar o instrumento de avaliação das atividades dos profissionais em saúde mental. Pesquisa exploratória. Dados coletados junto a enfermeiros com instrumento para contextualização dos sujeitos, trabalho, políticas, práticas e formação. Aprovado em Comitê de Ética.: Participaram 18 enfermeiros (22 a 41 anos). Observou-se contradição quanto as dificuldades. Nem todos os serviços seguem as políticas oficiais. Observou-se necessidade de acrescentar ao instrumento informações sobre prática dos profissionais e suas opiniões sobre a política de saúde mental. A avaliação deste instrumento permitiu que os pesquisadores revisassem o roteiro considerando dificuldades no preenchimento e análise dos dados.

Palavras chave: Enfermagem psiquiátrica, Serviços, Saúde mental, Equipes.

ABSTRACT: To present the profile, the context and the opinion of the participants of the pilot study and to present the changes which enabled to improve the instrument to evaluate the activities of mental health professionals. Exploratory research. Data collected among mental health nurses with an instrument to contextualize the subjects,

¹ Projeto subsidiado pela CAPES/PRODOC nº 0126/05-5.

² Professoras Doutoradas do Depto de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da EERP/USP. furegato@eerp.usp.br

³ Professor recém-doutor, membro do PRODOC – CAPES.

their work, policies, practices and education. Approval from the Ethics Committee was obtained. Eighteen nurses participated (22 to 41 years). Contradiction was found in terms of the difficulties and not all services follow official policies. It was observed necessity to get more information on the practice of the professionals and their opinions about politics of mental health. The assessment of this instrument allowed the researchers considering the difficulties in answer and analyze the database.

Key words: Psychiatric nursing, Services, Mental health, Teams.

Introdução

É recente a inclusão do tema saúde mental na agenda da saúde pública internacional. O impacto do transtorno mental, avaliado principalmente pela sobrecarga sobre o indivíduo, a família e a sociedade indica a relevância do tema para a agenda internacional. Os transtornos psiquiátricos e a auto-injúria respondem por 12% das condições de saúde que sobrecarregam os países pobres e em desenvolvimento (WEISS, COHEN, EISENBERG, 2001; WHO, 2002).

A preocupação da OMS faz sentido também quando se comparam os transtornos mentais com as principais doenças que afetam a população como um todo e, devido ao aumento da expectativa de vida na última década, estes transtornos estão entre os cinco maiores problemas de saúde pública do mundo, perdendo apenas para o câncer, as doenças cardiovasculares e as infecto-contagiosas (WHO, 2002).

Em decorrência das críticas internacionais dos últimos 60 anos, das ações conjuntas de orientação das políticas e práticas em saúde mental, diversos países estão adotando políticas de atenção em saúde mental baseadas na alteração do eixo de atenção hospitalar para a comunidade e a atenção integral. No Brasil, o Estado tem assumido papel decisivo na reestruturação da atenção psiquiátrica. Desde 1987 com a 1ª Conferência Nacional de Saúde e reforçado pela Declaração de Caracas (Venezuela), os países latino-americanos estão envidando esforços para a implementação deste novo modelo de atenção em saúde mental na comunidade, integrado com suas redes sociais, privilegiando a manutenção do portador de transtorno mental em seu meio social (AMARANTE, 2001; BRASIL, 2004; BRASIL, 2008).

Segundo o último relatório do Ministério da Saúde sobre gestão em saúde mental 2003-06, pela primeira vez, o Brasil gastou mais com a saúde mental comunitária do que com serviços os hospitalares (BRASIL, 2007).

A principal repercussão desta idéia é que o serviço comunitário passa a ser o principal meio para o atendimento de portadores de transtornos mentais que adoecem ou que estão em algum tipo de acompanhamento. Nessa lógica, o profissional da saúde passa a se ocupar de um contexto ampliado onde ocorre o cuidado, desde a promoção da saúde e prevenção da doença mental, com a identificação precoce dos casos, aos tratamentos e a reabilitação psicossocial dos cronificados.

A assistência em saúde mental propõe a atenção descentralizada, interdisciplinar e intersetorial, bem como vincula o conceito de saúde mental aos conceitos de cidadania e produção de vida gerando transformações nas concepções e práticas de saúde mental, na organização dos serviços, na formação e na capacitação dos profissionais da área (BRASIL, 2004; BRASIL, 2008)

Deixando de se ocupar apenas com a doença, com a prescrição de medicamentos e aplicação de terapias os profissionais passam a se ocupar com os sujeitos que precisam de tratamento, com a qualidade do cuidado oferecido e com as conseqüências desse cuidado. Passam a ocupar-se do cotidiano, do tempo, do espaço, do trabalho, do lazer, do ócio, do prazer e da organização de atividades conjuntas (AMARANTE, 1999).

Acompanhando estas transformações, muitos enfermeiros têm atuado em espaços interdisciplinares de decisão, formação e ação sanitária em saúde mental. Entretanto, a enfermagem ainda se vê diante de barreiras tais como número insuficiente deste profissional nas equipes de saúde em geral e nas equipes especializadas em psiquiatria bem como a falta de conhecimento específico.

Estudo realizado pela OPAS/OMS mostrou que Canadá e Suriname têm menos de 50 enfermeiros especializados em saúde mental por 100.000 habitantes; Estados Unidos, Costa Rica, Panamá e alguns países do Caribe de língua inglesa têm menos de 10; México, Colômbia, Equador, Chile, Uruguai e Guiana menos de 1. Faltam informações sobre os outros países da América Latina, inclusive do Brasil (OPAS, 2003).

Neste sentido, a formulação de políticas deve basear-se em informação atualizada e idônea tendo como parâmetros a comunidade, os indicadores de saúde

mental, os tratamentos, as estratégias de prevenção e promoção e os recursos para a saúde mental.

O projeto, em desenvolvimento pelos pesquisadores do Departamento da Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, foi sugerido por enfermeiros da Organização Panamericana da Saúde no intuito de se replicar um projeto já executado em outros países americanos (PAHO, 2002; AUSTIN, MILLS e HAYDUS, 2003).

O instrumento original deste projeto, revisado e adaptado para o português e ampliado de forma estruturada, permite análises estatísticas bem como estudos comparativos e representativos. Dessa forma, teve o apoio financeiro da CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível superior da Saúde – PRODOC (Brasil, 2005). O projeto visa conduzir pesquisas de avaliação dos serviços bem como das políticas que determinam a assistência em saúde mental no Brasil e as atividades desenvolvidas pelas diferentes categorias profissionais nas equipes de saúde de serviços psiquiátricos. O resultado destas pesquisas poderá ajudar a melhorar as práticas, a organização dos serviços bem como elaborar propostas educacionais para os enfermeiros e outros profissionais da saúde mental e da psiquiatria (PAHO, 2002; BRASIL, 2005).

Objetivo

1 – Apresentar o perfil, a contextualização e a opinião dos sujeitos que participaram deste estudo piloto;

2 – Apresentar as alterações e ajustes realizados para o aperfeiçoamento do instrumento de coleta dos dados para avaliação das atividades dos profissionais de saúde mental.

Metodologia

Este estudo é parte de uma pesquisa exploratória para atender à política de serviços em saúde mental, visando contribuir com a saúde mental das Américas.

Local

Os dados deste estudo piloto foram coletados na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo/USP, onde está sediado o projeto-mãe – PRODOC.

Sujeitos do estudo piloto

Foram selecionadas 18 profissionais de saúde mental que freqüentavam cursos de pós graduação na EERP/USP por ser reconhecidamente, um centro de excelência na área da saúde em pesquisa no país. Optou-se por estes sujeitos para evitar a inclusão de enfermeiros da rede de serviços de Ribeirão Preto, onde será aplicado o instrumento definitivo, na fase principal da pesquisa.

Procedimentos Éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital das Clinicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP (Processo HCRP nº13282/2005). Os sujeitos participantes desta fase da pesquisa assinaram o Termo de Conhecimento Livre e Esclarecido – TCLE.

Instrumento de coleta de dados

Para as entrevistas com profissionais que atuam na rede de serviços do município foi utilizado o Roteiro 1 do Projeto-mãe que contém dados de identificação dos sujeitos, formação e informações sobre seu trabalho de interesse para a pesquisa. Os dados da contextualização dos sujeitos, dos serviços e sobre o trabalho contém informações mais formais e, portanto, com respostas fechadas. A segunda parte contém questões reflexivas sobre os serviços, políticas e práticas. Este foi, portanto, o instrumento usado neste estudo piloto, visando seu aperfeiçoamento para a pesquisa principal que será realizada com todos os profissionais dos serviços de saúde mental do município.

Coleta dos dados

Os 18 sujeitos entrevistados para o estudo piloto foram convidados a participarem da pesquisa e receberam as instruções e todas as informações referentes ao

estudo, seguindo as normas da resolução 96/196/ME. Todos assinaram o Termo de Consentimento.

Entregou-se a cada um deles o instrumento para ser respondido. Os sujeitos preencheram as partes formais e estruturadas, bem como responderam por escrito as questões abertas. Vários sujeitos deixaram em branco muitas questões. Percebeu-se que o procedimento de entregar o instrumento para preenchimento, buscando as respostas posteriormente iria causar muitos problemas nesta pesquisa correndo o risco de não se obter as respostas esperadas.

Assim, utilizou-se uma segunda estratégia. Entrevistou-se cinco dos 18 sujeitos preenchendo todas as questões semi-estruturadas na presença do pesquisador e gravando a parte que continha as questões abertas. O resultado foi muito positivo e este teste definiu como deveria ser o procedimento de coleta dos dados, durante a pesquisa principal.

Análise dos dados

Foi realizada uma análise exploratória dos dados por se tratar de um estudo piloto. Os dados obtidos junto aos 18 sujeitos entrevistados foram transcritos e analisados. Inicialmente, obteve-se um traçado sóciodemográfico dos 18 sujeitos, indicando seu perfil e suas respostas às questões colocadas.

O instrumento propriamente dito foi analisado item por item pelos pesquisadores do grupo. O conjunto dos resultados e da reflexão ajudaram a definir seu formato final.

Resultados

O roteiro para entrevistas com os profissionais de saúde, analisado neste estudo piloto, será aplicado a todos os profissionais que trabalham nos serviços de

atenção à saúde mental na cidade de Ribeirão Preto. Farão parte do estudo, tanto os serviços fechados (hospitais com internações totais e parciais) como os serviços abertos tipo CAPS, NAPS e ambulatórios.

Como o contingente de profissionais destes serviços somado não é muito grande e poderia haver perdas no momento da coleta dos dados, escolheu-se entrevistar os enfermeiros que freqüentavam o Curso de Especialização e de Pós Graduação em Enfermagem Psiquiátrica, no momento deste estudo piloto.

Assim, apresentamos os resultados deste estudo em 3 partes: - avaliação das questões sobre o perfil dos sujeitos e sua contextualização; - avaliação do conteúdo das respostas sobre políticas, praticas e formação; - alterações e ajustes no instrumento.

A – Avaliação das questões sobre o perfil dos sujeitos e sua contextualização

Dos 18 profissionais entrevistados neste projeto piloto, 17 (94,4%) eram mulheres, com idade variando de 22 a 41 anos de idade. O tempo de formados variou de 9 meses a 18 anos, e, como são todos enfermeiros psiquiátricos, a grande maioria (17) é trabalhar na área entre 8 meses e 18 anos.

A jornada de trabalho dos sujeitos variou de 6 a 60 horas semanais. Dos 18 sujeitos, um não trabalha, três têm apenas um emprego e 14 têm um segundo emprego sendo estes fora da especialidade saúde mental. Dos 17 que trabalham, a faixa salarial variou de 1500 a dois mil reais (70%) e os demais até três mil. Dezesesseis estavam freqüentando o curso de Especialização e dois tinham Mestrado concluído em Enfermagem Psiquiátrica.

Dois desses enfermeiros (11%) participaram de mais de dois cursos/treinamentos nos últimos cinco anos, 55,6% participam de até 10 cursos e 11% de apenas duas palestras sendo que quatro deles não participou de nada neste período.

Quando indagados a respeito de suas atividades especificamente desenvolvidas no serviço de saúde mental, observou-se 83% dos enfermeiros fazem atendimento

individual ao familiar e 6% em equipe. O objetivo deste cuidado, em 50% deles, é fazer prescrição de cuidado de enfermagem e 33% não faz qualquer prescrição. Dez enfermeiros participam em atividades de gerenciamento de sua unidade e 89% realizam supervisão dos auxiliares de enfermagem.

Segundo os enfermeiros, a maioria dos serviços segue a política nacional que determina as ações de saúde mental (50% parcial e 33% totalmente), porém não especificaram como isto se dá na prática.

As principais dificuldades encontradas na prática de 6 entrevistados referem-se a recursos humanos, cinco à política e sete deles à política e financeira.

Segundo as informações dos enfermeiros, a estrutura das relações de trabalho das equipes de saúde mental no seu serviço apenas três consideram totalmente adequada. Os 83,3% consideram pouco ou não adequada.

Com relação à atuação da enfermagem na saúde mental, cinco enfermeiros (28%) consideram adequadas, nove (50%) parcialmente e quatro (22%) não satisfatória. Observou-se que 61% fazem atendimento de enfermagem além de outras atividades; 51% fazem prescrição de enfermagem; 84% afirmam que dão cuidados físicos, medicação, conforto e implementação de ajuda. Houve contradição nas informações sobre observação, registro do comportamento e preparo do paciente para a alta.

Indagados sobre a formação dos profissionais nesta área, a maioria considera que é insuficiente. Dois referem que não há falha na formação dos profissionais que trabalham na área de saúde mental.

Nesta primeira parte do instrumento as questões eram mais objetivas e não houve dificuldades para respondê-las. Os ajustes são comentados no item C.

B – Avaliação do instrumento nas questões sobre políticas, práticas e formação

A segunda parte do instrumento, em análise neste estudo piloto, contém questões abertas. Solicitou-se inicialmente aos sujeitos que respondessem no próprio instrumento, esclarecendo suas posições.

As respostas dos 18 enfermeiros que participaram deste estudo mostraram que é muito difícil obter dados neste tipo de pesquisa pois toca-se em pontos nevrálgicos do seu trabalho. A maioria dos sujeitos (12) era composta por enfermeiros da prática; eles estavam frequentando o curso de especialização em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental e responderam com bastante facilidade os itens de contextualização e da prática exercida. Entretanto, com relação às questões abertas, as respostas foram pobres e incompletas. Ao perceber estas dificuldades, procuramos os sujeitos e cinco deles participaram novamente respondendo às questões sobre políticas, práticas e formação sendo gravadas as suas respostas, como já mencionado.

As principais dificuldades relatadas são tão variadas que parece haver dificuldades em todas as instâncias. Como a questão era aberta, houve 10 assinalando a questão financeira, 14 recursos humanos e 11 políticas. Nas poucas descrições registradas dessas dificuldades e nas gravações dos cinco sujeitos observou-se que as dificuldades financeiras não foram bem especificadas, porém, mencionaram falta de parcerias e de boa administração bem como dificuldades políticas referentes a processos cristalizados de atuação. Disseram que a lógica manicomial está muito presente nas ações dos profissionais da equipe, ou seja, pouca importância é dada à autonomia do portador de transtorno mental, ao acompanhamento na rede comunitária após a alta e família ainda é excluída deste processo. Referem instabilidade, muitas mudanças nas propostas do governo, falta de articulação do serviço com os outros níveis de atenção. São enfáticos quanto as falhas políticas no sistema onde cada qual age por si e no máximo há, às vezes, há algum consenso por profissão. Isto provoca visível desarticulação nas equipes.

As dificuldades de recursos humanos são mencionadas por 14 dos 18 sujeitos que referem pessoal insuficiente (especialmente de enfermagem) para dar conta do serviço como se desejava além de falta de clareza dos papéis e do alcance de cada profissão. Referiram também falhas na formação (de graduação e especialidades), corporativismo, excesso de trabalho burocrático com prejuízo do cuidado, falta de articulação entre os membros das equipes e muita insatisfação. Um deles refere trabalho interdisciplinar efetivo e outro disse que não há equipe. Referem ainda que falta colocar em prática o atendimento único, por equipe, com plano terapêutico, avaliação e supervisão coordenada, indicando que a gerência ainda não está sendo bem compreendida nem efetiva.

Com relação à equipe de enfermagem, a atuação é considerada parcialmente satisfatória por 7 enfermeiros e 8 deles entendem que há falhas na formação do profissional para exercer este trabalho. Alegaram inclusive que há uma visão distorcida sobre o que seja a assistência de enfermagem além de afirmarem que há falta de humanização neste trabalho. Um dos sujeitos refere que as falhas na formação são supridas com cursos de residências, especialização e que seu serviço estimula isto. Outro alega que há funcionários muito antigos e falta de apoio para formação e atualização, falta de disciplina, conhecimento e interesse.

Finalizando, apareceram algumas questões que continuam divergentes, ou seja, o discurso versus a prática. Segundo o relato dos sujeitos entrevistados há divergência sobre a inserção da família no tratamento, sobre a extensão da autonomia do paciente, sobre a integralidade da assistência, sobre a necessidade e a qualidade do vínculo com o paciente.

C – Alterações e ajustes no instrumento

O roteiro original para entrevistar os profissionais, sugerido pela OPS, continha 15 questões abertas sendo informações muito gerais sobre o contexto político referente ao país onde se desenvolve a pesquisa, sobre a estrutura dos serviços, estratégias, acesso aos serviços e doenças prevalentes. Outras questões dirigiam-se aos recursos humanos suas funções e condições de trabalho. Esta pesquisa foi realizada inicialmente em Trindad e Tobago, Barbados e Santa Lucia (Weiss Cohen, Eisenberg, 2001 e Austin, Mills, Haydus, 2003).

A partir desse roteiro original, a equipe de pesquisadores da EERP/USP propôs um Questionário composto de 3 partes: 1 – Contextualização dos sujeitos; 2 - O trabalho dos profissionais das equipes de saúde mental; e, 3 - Políticas, práticas e formação. Em cada uma dessas partes foram incluídos detalhes que permitissem ao pesquisador obter os dados qualificáveis estatisticamente, pois se pretende replicar este estudo em outras regiões do país e, se possível ter um panorama mais amplo, comparando regiões, profissões e serviços. Muitas informações são difíceis de se quantificar, entretanto, na medida do possível, tentou-se definir estes detalhes para a busca objetiva desses dados.

Na contextualização dos sujeitos participantes do estudo, encontram-se informações sobre idade, sexo, formação acadêmica e especialidade. Estes dados são importantes, pois pretende-se entrevistar todos os profissionais de cada equipe e compará-los.

Buscou-se incluir informações sobre o tempo de formado, tempo que o profissional trabalha na área e na instituição, jornada de trabalho e faixa salarial bem como ter outro emprego, especificando-o.

Havia uma questão muito vaga sobre educação continuada. Depois desse piloto, optou-se por especificar programas educacionais ou treinamentos freqüentados detalhando quantos com mais de 500 horas, de 100 a 490 horas e palestras e também treinamentos curtos com menos de 100 horas. Solicita-se também que o sujeito especifique se esta formação está voltada para a assistência, discussão de caso clínico, supervisão e se são cursos teóricos ou de outro tipo.

Com estas informações, espera-se ter uma visão das equipes de cada serviço e também obter dados para comparar cada categoria profissional em diferentes equipes e serviço.

Com relação ao trabalho dos profissionais nas equipes de saúde mental observou-se, no estudo piloto, que era necessário incluir diversos itens a fim de se obter informações mais claras e objetivas.

A entrada comum é para que cada profissional informe suas atividades e responsabilidades na prática cotidiana, tomando como base o serviço onde está trabalhando no momento da coleta dos dados. Esta informação é importante porque o mesmo profissional poderá ser encontrado em mais de um serviço investigado e supõe-se que as diferenças possam ser captadas na pesquisa. Sabe-se que em todas as categorias profissionais ocorre a dupla jornada, visando melhores salários.

Como não serão tratados os dados nominalmente, mas com códigos, garantindo a privacidade da instituição e do sujeito que participa, considera-se que o mesmo sujeito tendo respondido às questões enquanto alocado num serviço (por exemplo, unidade de emergência) deverá responder novamente no outro (por exemplo, CAPS) porque as variações que influem na condução das respectivas práticas podem ser registradas.

Neste item, procura-se saber se o profissional faz atendimento individual e em grupos, se faz prescrição médica, de enfermagem, de psicologia ou outra, se dá cuidados de enfermagem, especificando quais, se faz atendimento aos familiares e, em caso positivo, se o faz junto com outro profissional e o tipo de abordagem utilizada. Embora pareçam óbvias as questões seguintes procura-se saber se o profissional faz observações de comportamento do paciente, se registra estas observações e se faz registro de suas condutas terapêuticas. Pergunta-se também se o profissional faz algum trabalho de preparo do paciente para a alta (depois da alta médica, durante a permanência deste na internação ou se nada faz).

Tendo em vista as novas orientações do Ministério de Saúde quanto ao funcionamento dos serviços de atenção à saúde mental, o papel de gerente sofreu intensas alterações e, por isso, depois do estudo piloto observou-se que é importante saber quem está gerenciando as diferentes equipes. Procurou-se incluir também informações sobre o gerenciamento e a supervisão do pessoal auxiliar.

Com relação ao tópico sobre Políticas, Práticas e Formação, este conjunto de questões sofreu poucas alterações após a realização do estudo piloto. Por se tratar de um roteiro com questões mais abertas, desde o início, a equipe de pesquisa deste projeto considerava a possibilidade de gravar as respostas e dar um tratamento específico a estes dados.

Observou-se que nem todos os serviços estão seguindo as políticas do Ministério da Saúde em relação à saúde mental e à psiquiatria. Os 18 sujeitos responderam que seis serviços seguem totalmente a política do Ministério da Saúde, três deles não seguem e nove seguem parcialmente. Justificam ser serviço novo ou necessitando de adequações ou porque não é especializado na área, ou também porque não tem profissionais contratados, porque só tem um psicólogo voluntário ou devido a problemas de gestão com a prefeitura local.

Após avaliar todas as questões e dificuldades colocadas e devido à riqueza de informações a serem obtidas com este instrumento, decidiu-se entrevistar cada um dos sujeitos nas pesquisas que serão realizadas com este intuito, acompanhado o preenchimento da identificação e dados sociodemográficos e gravando a terceira parte sobre políticas e práticas.

As informações que serão fornecidas pelos sujeitos na pesquisa principal serão valiosas tanto para rever práticas, como para estabelecer políticas de saúde mental no âmbito local, e para comparar com as posições dos gestores que serão entrevistados e também para contrapor ao que está estabelecido nos manuais do Ministério da Saúde e nas orientações dos serviços locais. Além disso, como os pesquisadores são educadores e não há como desvincular estas questões, interessa saber também, a partir dos profissionais que estão na prática, o que consideram falha na sua formação acadêmica, visando o desempenho nos serviços de saúde mental.

Conclusões

A análise do instrumento, com base nas respostas dos 18 sujeitos, permitiu que os pesquisadores revisassem o roteiro considerando-se as contradições e dificuldades no momento de responder às questões para alimentação do banco de dados e análise dos resultados.

Em vista de todos os pontos levantados e discutidos, várias questões foram incorporadas, algumas foram modificadas ou melhoradas na redação. Portanto, após o estudo piloto e as conseqüentes modificações, o instrumento foi considerado em condições de ser aplicado na pesquisa principal que buscará fazer um diagnóstico das atividades dos profissionais da saúde mental em Ribeirão Preto e, posteriormente, em outros locais do Brasil.

O panorama oferecido pelas informações sobre a prática profissional será muito importante na condução desta pesquisa e poderá trazer subsídios para se rever esta prática ou reafirmar os novos procedimentos adotados.

Observação final: completou-se a coleta de dados em várias cidades brasileiras com o instrumento avaliado neste estudo piloto, outras estão aderindo ao projeto e os resultados serão divulgados em eventos e em periódicos de circulação nacional e internacional.

Referências

AMARANTE, P. **Manicômio e loucura no final do século e do milênio**. In: FERNANDES MI, organizador. Fim de século: ainda manicômios? São Paulo: IPUSP; 1999. p. 47-56.

AMARANTE, P. TORRES, EHG. A constituição de novas práticas no campo da atenção psicossocial: análise de dois projetos pioneiros da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Saúde **em Debate**, 25(58): 26-34, 2001.

AUSTIN, W.; MILLS, K.; HAYDUS, S. The roles of mental health personnel in three countries of the Caribbean. Nursing and Midwifery Links: **News-Journal of global Network of WHO collaborating Centres for Nursing and Midwifery Development**, 2003.

BRASIL – CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Programa de Apoio a Projetos Institucionais com a participação de Recém Doutores/PRODOC. Processo nº 0126/05-5. Ribeirão Preto 2005.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria Executiva. Legislação em Saúde Mental 1990-2004. 5ª Ed. Brasília (DF), 2004.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório de gestão 2003-06; saúde mental no SUS; acesso ao tratamento e mudanças do modelo de atenção. Brasília (DF). Editora do Ministério da Saúde, 2007.

OPAS-Organización Panamericana de la Salud. La enfermería contribuyendo a la salud mental en las Américas: asociándonos para el progreso. Washington (DC); 2003.

PAHO - Pan American Health Organization. Roles and functions of mental health personnel: Trinidad and Tobago, Barbados and Santa Lucia. April, 2002.

WEISS, M; COHEN, A; EISENBERG, L. Mental Health. In: MERSON, M; BLACK, R; MILLS, A. **International Public Health – diseases, programs, systems, and policies**. Maryland(USA): Aspen Publishers; 2001. p. 331-77.

WHO – Organização Mundial da Saúde – Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Lisboa(PO): Climeps; 2002.

